The Senate

The Health of Canadians - The Federal Role

Interim Report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable Michael J.L. Kirby

Deputy Chair:
The Honourable Marjory LeBreton

September 2001

Volume Four: Issues and Options

102-00494/

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

The Health of Canadians – The Federal Role
Volume Four – Issues and Options

Chair
The Honourable Michael J. L. Kirby

Deputy Chair
The Honourable Marjory LeBreton

SEPTEMBER 2001

TABLE OF CONTENTS

TABLE OF CONTENTS i

ORDER OF REFERENCE vi

SENATORS vii

EXECUTIVE SUMMARY ix

Chapters 1, 2 and 6 ..... *ix*
Chapters 3 and 4 ..... *ix*
Chapter 5 ..... *xii*
Chapter 7 ..... *xiii*
Chapter 8 ..... *xvi*
Chapter 9 ..... *xxiii*
Chapter 10 ..... *xxv*
Chapter 11 ..... *xxix*
Chapter 12 ..... *xxxiii*
Chapter 13 ..... *xxxv*
Chapter 14 ..... *xxxviii*

CHAPTER ONE: 1
Introduction 1

CHAPTER TWO: 5
Summary of Main Findings and Observations from Phases One, Two and Three 5

2.1 Main Findings and Observations from Phase One *5*
2.2 Main Findings and Observations from Phase Two *6*
2.3 Main Findings and Observations from Phase Three *8*

CHAPTER THREE: 9
The Role of the Federal Government: An Overview 9

3.1 The Transfer of Funds for the Provision of Health Services Administered by Other Jurisdictions: The Financing Role *9*
3.2 Funding Innovative Health Research and the Evaluation of Pilot Projects: The Research and Evaluation Role *10*
3.3 Support for the Health Care Infrastructure and the Health Infostructure: The Infrastructure Role *11*
3.4 Health Protection, Health and Wellness Promotion and Disease Prevention: The Population Health Role *12*
3.5 The Direct Provision of Health Services to Specific Population Groups: The Service Delivery Role *13*

CHAPTER FOUR: 15
The Role of the Federal Government: Objectives and Constraints 15

4.1 Objectives for the Financing Role of the Federal Government 15
4.2 Objectives of the Research and Evaluation Role for the Federal Government 19
4.3 Objectives of the Infrastructure Role for the Federal Government 20
4.4 Objectives for the Population Health Role of the Federal Government 22
4.5 Objectives for the Service Delivery Role of the Federal Government 23
4.6 Constraints on the Role of the Federal Government 24

CHAPTER FIVE: 27
A 21st Century Context for Health Care Policy 27

5.1 Reforming Primary Care: A Step Toward a 21st Century Structure 28
5.2 Health Care: Different from Other Goods and Services 30

CHAPTER SIX: 33
Observations on Choosing Among Options 33

6.1 The Need to be Financially Realistic in Choosing Options 33
6.2 The Desirability of a Non-Ideological Debate 33
6.3 The Value of Understanding the Experience of Other Countries 35

CHAPTER SEVEN: 37
The *Canada Health Act*, Timely Access to Treatment, and Fairness 37

7.1 Introduction 37
7.2 Do Canadians Have a Right to Health Care? 38
7.3 To What Extent, if any, is Private Health Care Provision and Private Health Care Insurance Permissible under the Canada Health Act? 38
7.4 Timely Access and Waiting Times 40
7.5 How Can "Timely Access" to Health Care Be Ensured? 43
7.5.1 "Care Guarantee" 44
7.5.2 Patient's Bill of Rights 45

CHAPTER EIGHT: 49
Issues and Options for the Financing Role 49

8.1 Introduction 49
8.2 What Changes Can be Made to the Way Health Care is Delivered that Could Have an Impact on the Level of Funding Required? 50
8.2.1 Improving Efficiency and Effectiveness 50
8.2.2 Reforming Primary Care 52
8.2.3 Regionalization of Health Services 53
8.2.4 Contracting Private For-Profit Health Care Facilities 54
8.2.5 Devoting More Resources to Health Promotion, Disease Prevention and Population Health 55

8.3 What Should be the Form of Federal Funding for Health Care? 55
8.3.1 Return to Cost-Sharing Arrangements 57
8.3.2 Retain Current Block Funding 58
8.3.3 Improved CHST Block Funding 58
8.3.4 Medical Savings Accounts (MSAs) 59
8.3.5 Convert all CHST Cash Transfers into Tax Point Transfers 60
8.4 How Should Government Raise Revenue for the Purpose of Health Care? 60
8.4.1 Spend More of Existing Tax Dollars on Health Care 61
8.4.2 Increase General Revenue (through income tax or sales taxes) and Devote the Additional Revenue to Health Care 61
8.4.3 User Charges 62
8.4.4 Income Tax on Health Care 63
8.4.5 Annual Health Care Premiums 64
8.4.6 Private Health Care Insurance is Allowed to Compete with Public Coverage 64
8.5 The Impact of Financing Options on Behavioural Change 65
8.6 Two-Tier Health Care 67
8.7 What Services Should be Covered and Who Should be Covered Under Public Health Care Insurance? 68
8.7.1 De-Listing Some Services 69
8.7.2 Expanding Coverage 69
8.8 Prescription Drugs: Reducing Their Cost 69
8.8.1 A National Drug Formulary 70
8.8.2 Requiring the Use of the Lowest Cost Therapeutically Effective Drug 72
8.8.3 The Advertising of Prescription Drugs 73
8.9 Prescription Drugs: Expanding Coverage 74
8.9.1 A National Pharmacare Initiative 77
8.9.2 A Comprehensive Public Program 78
8.9.3 A Comprehensive Public/Private Initiative 78
8.9.4 Public/Private Initiative to Protect Against High Drug Expenses 79
8.9.5 Tax Initiative to Protect against High Drug Expenses 80
8.10 Home Care 80
8.10.1 A National Home Care Program 82
8.10.2 Tax Credit and Tax Deduction to Home Care Consumers 83
8.10.3 Creating a Dedicated Insurance Fund to Cover the Need for Home Care 84
8.10.4 Specific Measures aimed at Informal Caregivers 84
8.11 Summary 85

CHAPTER NINE: **89**
Issues and Options for the Research and Evaluation Role **89**

9.1 Innovative Health Research 90
9.1.1 Increasing the Federal Share of Health Research Funding 91
9.1.2 Sustaining the Transfer of Knowledge 92
9.1.3 Reducing Regional Disparities 92
9.1.4 A National Human Research Ethics Oversight Body 93

9.2 Financing and Evaluation of Innovative Pilot Projects 93
9.2.1 Federal Investment in the Evaluation of Pilot Projects Aimed at Improving Health Care Delivery 94
9.2.2 Reducing Regional Disparities in the Funding of Pilot Projects 94

CHAPTER TEN: **95**
Issues and Options for the Infrastructure Role: Technology and Information Systems . **95**

10.1 Health Care Technology 96
10.1.1 Funding the Acquisition and Upgrading of Health Care Technology 97
10.1.2 Investing More in Health Care Technology Assessment 97
10.2 Health Information Systems 98
10.2.1 Deployment of a Pan-Canadian Health Infostructure 100
10.2.2 Investing in Telehealth in Rural and Remote Communities 101
10.2.3 Ensuring Confidentiality and Privacy of Personal Health Information 102
10.3 Accountability and Quality 103
10.3.1 An Annual Report on the Health Status of Canadians and on the State of the Health Care System 104
10.3.2 A National Health Care Quality Council 104
10.3.3 Ensuring Greater Government Accountability 104

CHAPTER ELEVEN: **107**
Issues and Options for the Infrastructure Role: Health Human Resources **107**

11.1 Introduction 107
11.2 The Need for a National Human Resources Strategy 108
11.3 Towards a Spectrum Approach 109
11.4 Primary Care Reform and Human Resources 111
11.5 Incentives for Individuals 113
11.6 Recruitment, Training, Retention 113
11.6.1 Financing 114
11.6.2 Research 114
11.6.3 Dealing with the 'Brain Drain' 114
11.7 Physicians 115
11.7.1 Training 115
11.7.2 Geographic Maldistribution 116
11.8 Nurses 116
11.9 Other Health Care Professionals 118
11.10 Summary 118

CHAPTER TWELVE: **119**
Issues and Options for the Population Health Role **119**

12.1 Trends in Diseases 120
12.2 Some Disturbing Trends 120
12.3 Determinants of Health: Some Evidence 122

12.4 The Role of the Federal Government *123*
12.4.1 Health Promotion and Disease Prevention *124*
12.4.2 Population Health Strategies *125*
12.4.3 Research *127*

CHAPTER THIRTEEN: **129**
Issues and Options for the Service Delivery Role: Aboriginal Health **129**

13.1 Health and Socio-Economic Profile of Canada's Aboriginal Population *130*
13.2 Health Service Delivery to Aboriginal Canadians *131*
13.2.1 A National Action Plan on Aboriginal Health Services *132*
13.3 Ensuring Adequate Access to Culturally Appropriate Health Services *133*
13.3.1 Aboriginal Health Care Providers *133*
13.3.2 Telehealth *133*
13.3.3 Culturally Appropriate Health Services *133*
13.4 Population Health *134*
13.4.1 A Population Health Strategy for Aboriginal Canadians *134*
13.4.2 Federal Accountability for Programs aimed at Aboriginal Health *134*
13.5 Aboriginal Health Research *135*
13.6 Involvement of Aboriginal Communities *135*

CHAPTER FOURTEEN: **137**
Conclusion **137**

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of March 1, 2001:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator LeBreton, seconded by the Honourable Senator Kinsella:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

(a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;

(b) The historical development of Canada's health care system;

(c) Health care systems in foreign jurisdictions;

(d) The pressures on and constraints of Canada's health care system; and

(e) The role of the federal government in Canada's health care system;

That the papers and evidence received and taken on the subject and the work accomplished during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

ATTEST :

Paul C. Bélisle
Clerk of the Senate

SENATORS

The following Senators have participated in the study on the state of the health care system of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

The Honourable Michael J. L. Kirby, Chair of the Committee
The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair of the Committee

and

The Honourable Senators:

Catherine S. Callbeck
Joan Cook
Jane Cordy
Joyce Fairbairn, P.C.
Alasdair B. Graham, P.C.
Wilbert Keon
Yves Morin
Lucie Pépin
Douglas Roche
Brenda Robertson

Ex-officio members of the Committee:
The Honourable Senators: Sharon Carstairs P.C. (or Fernand Robichaud, P.C.) and John Lynch-Staunton (or Noel A. Kinsella)

Other Senators who have participated from time to time on this study:
The Honourable Senators Banks, Beaudoin, Cohen*, DeWare*, Ferretti Barth, Grafstein, Hubley, Joyal P.C., Milne, Losier-Cool, Rompkey, and Tunney

*retired from the Senate

EXECUTIVE SUMMARY

Chapters 1, 2 and 6

Introduction

Summary of Main Findings and Observations from Phases One, Two and Three

Observations on Choosing Among Options

The purpose of this paper is to outline the role of the federal government in the major issues facing Canada's health care system and to present a set of potential policy options for addressing each of these issues. In developing the set of options, the Committee has tried to be factual and non-ideological. We have deliberately not foreclosed discussion of any option a priori.

The Committee's objective in writing this paper is to launch a public debate. We believe that Canadian citizens, health care stakeholders, and federal and provincial policy makers need to become engaged in a national debate on the changes which must be made to our nation's health care system if it is to be sustainable in the long-term. We also believe that such a debate needs to include options which are often rejected out-of-hand by various individuals, organizations, political parties and segments of Canadian society.

While this paper does not reiterate information that is contained in other reports which the Committee has previously released, or which the Committee will be releasing shortly, Chapter 2 does highlight a number of conclusions that the Committee has drawn from its hearings. These conclusions are useful background information, but they do not indicate the Committee's position on the issues raised in this report. The Committee's recommendations on the issues will be contained in our fifth and final report, which will be released very early in 2002, following a set of public hearings this fall across the country.

Chapters 3 and 4

The Role of the Federal Government: An Overview

The Role of the Federal Government: Objectives and Constraints

In order to consider the merits of an option for addressing a public policy issue, one must have a clear statement of the objective of the public policy. Only once an objective has been clearly articulated can one understand the impact a particular option will have on achieving the stated objective and hence whether the option should be adopted or rejected. Therefore, the Committee began its work by articulating, in Chapter 3, five distinct roles for the federal government in health and health care. Then, in Chapter 4, we list the specific objectives that we believe should be the focus of public policies related to each of these five roles. These roles, and their associated objectives, are as follows:

FIVE DISTINCT FEDERAL ROLES IN HEALTH AND HEALTH CARE

1. ***FINANCING ROLE**: the transfer of funds for the provision of health services administered by other jurisdictions*
2. ***RESEARCH AND EVALUATION ROLE**: funding innovative health research and evaluation of innovative pilot projects*
3. ***INFRASTRUCTURE ROLE**: support for the health care infrastructure and the health infostructure, including human resources*
4. ***POPULATION HEALTH ROLE**: health protection, health and wellness promotion, illness prevention, and population health*
5. ***SERVICE DELIVERY ROLE**: the direct provision of health services to specific population groups*

The specific objectives related to the financing role are as follows:

THE TRANSFER OF FUNDS FOR THE PROVISION OF HEALTH SERVICES ADMINISTERED BY OTHER JURISDICTIONS

The Committee proposes that the objectives of the federal government's financing role in health and health care should be:

- *To provide a stable level of funding that ensures the sustainability of Canada's health care system and that fosters reform and renewal;*
- *To ensure that every Canadian has timely access to all medically necessary services regardless of their ability to pay for those services;*
- *To ensure that no Canadian suffers undue financial hardship as a result of having to pay health care bills;*
- *To ensure that the four patient-oriented principles of the Canada Health Act (universality, comprehensiveness, accessibility, and portability) are applied.*

With respect to the research and evaluation role, the Committee's specific objectives for the federal government are given in the following table:

FUNDING INNOVATIVE HEALTH RESEARCH AND EVALUATION OF INNOVATIVE PILOT PROJECTS

The Committee proposes that the following objectives should apply to the second role of the federal government:

- *To foster the development of a solid base of innovative health research in Canada that compares favourably with that of other countries;*
- *To encourage the foundation of a knowledge-based health care sector by facilitating the transfer of knowledge from the research community to public policy makers, health care providers and the general public;*
- *To provide appropriate financial support for joint federal/provincial/territorial initiatives that will encourage and facilitate innovation and advancement in health care delivery through evaluation of pilot projects.*

The infrastructure role of the federal government involves these elements: human resource planning, health-related information systems, such as telehealth and electronic patient records, and physical infrastructure. The Committee's objectives for this role are:

SUPPORT FOR THE HEALTH CARE INFRASTRUCTURE AND THE HEALTH INFOSTRUCTURE

The Committee believes that the following five objectives should apply to the federal government's third role :

- *To lay the foundation for evidence-based decision-making in areas that affect both wellness and the delivery of health care, while ensuring the protection of privacy, confidentiality and security of personal health information;*
- *To monitor the health of the population and the state of the health care system and to report these findings to Canadian stakeholders;*
- *To develop, in collaboration with the provinces and territories, an appropriate structure and process to ensure greater accountability in the system;*
- *To assist provinces and territories in financing needed health care infrastructure, such as new medical technologies and the costs related to their ongoing operation;*
- *To co-ordinate, in collaboration with the provinces and territories, the planning of human resources in health care.*

The population health role of the federal government focuses on illness prevention rather than treating people once they are sick. The objectives proposed for this role are:

HEALTH PROTECTION, HEALTH AND WELLNESS PROMOTION AND ILLNESS PREVENTION

The Committee proposes that the following objectives should apply to the federal government's population health role:

- *With respect to health protection: to strengthen our national capacity to identify and reduce risk factors which can cause injury, illness, and disease, and to reduce the economic burden of disease in Canada;*
- *With respect to health promotion and disease prevention: to develop, implement and assess programs and policies whose specific objective is to encourage Canadians to live a healthier lifestyle;*
- *With respect to wellness: to encourage population health strategies by studying and discussing the health outcomes of the full range of determinants of health, encompassing social, environmental, cultural and economic factors.*

The federal government delivers health services to more Canadians than do five provincial governments (the Atlantic provinces and Saskatchewan). Thus, the federal government is a major player in service delivery. As such, its objectives should be, in regard to Aboriginal health:

THE DIRECT PROVISION OF HEALTH SERVICES TO ABORIGINAL CANADIANS

The Committee proposes that the following objectives should apply to the federal government's service delivery role:

- *To take a leadership role in ensuring inter-jurisdictional co-ordination of health care delivery to all Aboriginal peoples;*
- *To ensure adequate access to culturally appropriate health services;*
- *To implement and sustain population health strategies specifically designed for Aboriginal peoples.*

Chapter 5

A 21st Century Context for Health Care Policy

Before examining the policy issues related to each of the five federal government roles, it is useful to step back and review the health care industry in the context of what other 21st century service sector industries look like. When we do this, we note that none of the major characteristics of a modern service industry exist in the health care sector. This observation clearly points to the need for a major organizational overhaul in the delivery of health services, even if other issues, such as rising costs, were not also driving change. A modern service sector industry has three main characteristics:

1. The development of larger organizational units that allow for economies of scale, along with the ability to provide customers with 7/24 service;

2. The emergence of specialized organizational units that focus on delivering a limited range of higher quality services more efficiently than units that provide a wider range of services;

3. A strong focus on consumers who are more demanding than ever before: they want both timely and high-quality service.

The primary care sector is structured like a 19th century cottage industry rather than a 21st century service industry, consisting as it does largely of individual physician practices which are not clustered together into group practices, making 7/24 service is impossible.

Specialization of the health care industry into service units delivering a narrow range of services has generally not occurred. There are, of course, some exceptions, such as laser eye clinics, and a very few specialized hospitals have emerged, such as the Shouldice Hospital in the Toronto area that only performs hernia operations. The major delivery system in the health care sector in Canada remains the unspecialized general hospital. While these will always be needed, it is important to investigate the benefits of making specialized delivery units a larger part of a modernized health service delivery system.

Little has been done in terms of the third characteristic of a 21st century service sector industry – a strong focus on timely and high-quality customer service. In fact, long waits for certain kinds of treatment is the complaint most often voiced by Canadians with regard to the health care system. This is clearly not timely service.

The Committee believes that many of the difficulties facing the health care sector can be successfully resolved only if the industry is prepared to transform itself into a 21st century service industry, instead of remaining an industry mired in a 19th century structure.

The first and essential step in organizational change must be primary care reform. This has been recognized by the Sinclair Commission in Ontario, the Clair Commission in Quebec and the Fyke Commission in Saskatchewan. It is also why the federal government agreed to contribute $800 million to primary care reform following the federal, provincial and territorial agreement of September 2000. Primary care reform would create larger organizational units with a strong focus on 7/24 service; it would also create a structure with two of the three characteristics of a 21st century service organization referred to above.

Chapter 7

The *Canada Health Act*, Timely Access to Treatment, and Fairness

The *Canada Health Act* is pivotal in the health care debate in Canada, not only because it sets forth the conditions to be met by the provinces and territories in order to receive federal cash contributions under the Canada Health and Social Transfer (CHST), but also

because the Act has taken on mythical proportions as the only thing which prevents the Americanisation of the Canadian health care system.

The four patient-oriented conditions or principles of universality, accessibility, comprehensiveness and portability are strongly supported by the Committee, although we recognize that the principles are not nearly as strictly adhered to as many Canadians would like. Contrary to popular belief, the fifth principle – public administration – does not mean that there should be no private sector delivery of health care. The public administration principle refers to the requirement that, for the purposes of administrative efficiency, the system should be a single payer model, with the payer being a provincial government.

With respect to the *Canada Health Act*, the Committee asked three questions: First, do Canadians have a right to health care, and if such a right exists, can it be found in the *Charter of Rights and Freedoms*? Second, to what extent, if any, are private health care provision and private health care insurance permissible under the *Canada Health Act*? And third, is "reasonable access" under the *Canada Health Act* meant to ensure that Canadians have timely access to needed health services?

First, health care is not explicitly mentioned in the Charter. Thus, such a right, if it exists, would have to be found by the courts to be implied from the interpretation of one of the Charter rights. However, because a case can be made that the Charter guarantees Canadians an implicit right to health care, experts told the Committee that they expected cases on the right to health care to arise in the next few years.

Second, the *Canada Health Act* does not prohibit the provision of private health care. Rather, it discourages the provinces, under threat of losing federal funds, from permitting health care providers to bill patients directly for amounts over and above what they receive for such services under provincial health care insurance plans, known as extra-billing. Similarly, in order to obtain their full CHST cash contribution, provinces and territories must not allow hospitals to impose user charges on patients for insured hospital services. The *Act* only dictates the terms under which federal cash transfers to the provinces will occur.

The legislation does not prevent private, for-profit health care providers and institutions from delivering and being reimbursed for provincially insured health services, so long as extra-billing and user charges are not involved. Also, health care providers and facilities may opt out of the provincial plan and bill patients directly for the full cost of services provided, without any penalty being imposed on the province under the *Canada Health Act*. In these cases, patients are not eligible for reimbursement under provincial plans. Moreover, the *Canada Health Act* effectively prevents individuals from purchasing private health care insurance to cover the cost they would incur in receiving services from a provider who had opted out of a provincial health care plan.

Overall, the *Canada Health Act*, along with provincial/territorial legislation, has prevented the emergence of a private health care system that would compete directly with the publicly funded one. It is simply not economically feasible for patients, physicians or health care institutions to be part of a parallel system.

This raises the following question: if access to publicly funded health services is not timely, can governments continue to discourage the provision of private health care through the prohibition of private insurance? To paraphrase Section 1 of the *Charter of Rights and Freedoms*: is it just and reasonable in a free and democratic society that government ration the supply of health care (through budgetary allocations to health care) and at the same time effectively prevent individuals from purchasing the service in Canada?

This issue is not just a legal matter. It is, above all, a question of fairness. Whether the current situation is fair is something the readers of this report must decide for themselves.

It is clear, however, that any option for the reform of current arrangements that involves a private sector competing effectively with the publicly funded sector would require substantial modifications to the *Canada Health Act*.

The third question raised at the beginning of this section is whether "reasonable access" under the *Canada Health Act* is meant to ensure that Canadians have timely access to needed health services. Again, the legal answer to this question is unclear.

What is clear, however, is that waiting times for tests and treatment are perceived to be a major problem by the Canadian public. The question then becomes: what can be done, if anything, to guarantee Canadians that the amount of time they have to wait for a test or procedure has a fixed upper limit; that they will never have to wait more than a specified maximum period (which may be different for different tests or procedures).

Two options for dealing with this problem are presented in Chapter 7. Section 7.5.1 describes the "care guarantee" approach which was developed in Sweden. Section 7.5.2 explains how the United Kingdom has tried to deal with long waiting lines through its Patient's Charter. Both of these approaches use a combination of incentives and penalties to make health care facilities more productive and efficient.

These approaches also raise the question of whether the Canadian health care system should be modified to allow, or even encourage, competition between hospitals. Moreover, if competition is allowed, should patients be allowed to pay for the cost of a procedure (and be allowed to buy insurance to cover the cost of a procedure) in order to receive expedited service, as they can in most other industrialized countries? This question raises the issue of a so-called "two-tier" system.

Advocates of a single payer system invoke the "fairness" argument. They argue that health services should be provided exclusively on the basis of need, and that the introduction of a second tier of care, available only to a minority of the population with the personal resources to pay for them, goes against the principles of equity and fairness. This is the converse of the question asked earlier-- is it fair to deny people who can afford to buy health services the right to buy those services? The criticism of a "two-tier" system suggests that Canada does not have any elements of a "two-tier" system at the present time. Is this true?

People who can afford it can, and do, go out of Canada (usually to the United States) to receive the medical services they require if their only alternative is a long waiting line in Canada. There is also strong anecdotal evidence that suggests that the situation in Canada is similar to that in Australia where, in the words of one of the Australian witnesses who testified before the Committee: "access to public (health) services is usually more easily obtained by wealthier and more powerful individuals who understand how the system works and have appropriate contacts in hospital service delivery and administration". In addition, provincial Worker's Compensation boards in most provinces manage to have faster access to treatment for their clients because, they argue, they need to ensure the client goes back to work quickly (not just, incidentally, to save the WCB money).

The Canadian health care system does not comprise "one tier", as most Canadians believe, and as most government spokespersons claim. Whether this constitutes an argument for a more open "two-tier" system is an issue for readers of this report to decide.

Chapter 8

Issues and Options for the Financing Role

The health care issue that receives the most media attention is how much money each level of government should pay to support the health care system as it is presently structured. The question, when it is posed in this way, overlooks two critical factors:

- first, how much money can be saved through efficiency measures such as primary care reform, regionalization of health services, contracting-out to private for-profit health care facilities and devoting more resources to health promotion, disease prevention and population health measures. (These efficiency measures are explored in section 8.2.)
- second, if new sources of financing are required, should the money come from taxpayers to government to the health care sector or should it come from individual Canadians directly to the health care sector. (A variety of options both for government funding and for payments directly from individuals are discussed in sections 8.3 and 8.4.)

There are two schools of thought on the question of whether new financing sources are needed to make the health care system sustainable. Proponents of the first school contend that operating the health care system more efficiently will save enough money that no

new sources of funding will be required. This view is reflected in the recent Fyke report on health care in Saskatchewan and in reports and newspaper articles by many writers, including Dr. Michael Rachlis.

While many observers recognize that the effectiveness and efficiency of Canada's health care system must be improved, there is no agreement on the level of savings such improvements would generate. Those who believe new funding sources are required agree that, in a $90 billion health care system, some economies are certainly possible and that every effort must be made to implement such efficiency-driven changes, but they argue that it will be difficult to implement changes to enhance efficiency and effectiveness because both the attitude and the behaviour of those with vested interests in the health care system – including patients, service providers, and drug companies – have over the years proven to be very difficult to change. In fact, if the proposed changes were as easy to put into place as proponents of the first school of thought imply, then the question is why have they not already been implemented.

The Committee believes it is important to be prudent and to develop plans and policies that will be effective, in case the savings arising from changes made to the way the system currently works are insufficient. Any other approach would be the same as putting all our eggs in one basket, and betting the future of the sustainability of the health care system on making system changes when there is not yet enough evidence to demonstrate that these changes are actually feasible, and when there is no reliable indication of the savings that can be made by such changes.

The Committee realizes that there is a significant advantage in the approach put forward by supporters of the first school of thought – it makes it possible to avoid most of the tough financing questions, as outlined in the rest of this chapter. While it is tempting to adopt their point of view, and thereby skirt the most controversial health care issues, the Committee believes that responsible public policy planning requires that the views of the second group should prevail, and that Canadians should now explore ways of raising additional funds, at the same time as efforts are being made to organize health care delivery more efficiently.

The question, then, is what new sources of funding should be used. In section 8.3, several options are outlined, most of which are variations of current, or previous, federal financing mechanisms:

- return to cost-sharing (8.3.1), retain block funding (section 8.3.2), or improved CHST block funding (section 8.3.3), or converting all CHST cash transfers into tax point transfers (section 8.3.5)
- medical savings accounts in which part or all of the "health portion" of the CHST is transferred into a health account for each individual Canadian (section 8.3.4)

In section 8.4, we review a variety of methods by which individuals could pay themselves a portion of the health care costs which are now paid out of public funds. Specifically, we look at the following options:

- user charges (section 8.4.3), where a patient makes a cash payment to cover a portion of the cost of the service, at the time the service is received.
- income tax payments on the value of health services an individual receives from the public health care system during the year (8.4.4).
- annual health care premiums paid to the government (section 8.4.5).
- private health care insurance premiums which compete with public health insurance so that individuals with private insurance can purchase the services they need from either public or private health care facilities (section 8.4.6).

There are three forms of user charges which are used in various industrialized countries. These are:

- Co-insurance, the simplest form of user charge, requires the patient to pay a fixed percentage (say 5%) of the cost of services received. Thus, the higher the cost of the service, the larger the fee. Many private sector drug insurance plans operate using this method of payment.
- Co-payment is an alternative to co-insurance. Instead of having to pay a share of costs, the patient is required to pay a flat fee per service (for example, $5) which does not necessarily bear any relation to the cost of the service. The same amount is charged, no matter what the cost of the health care provided. This form of user charge exists in many countries, such as Sweden.
- In the "deductible" system, the patient is required to pay the total cost of services received over a given period up to a certain ceiling, called the "deductible". Above this ceiling, costs of services to the patient are covered by the insurance plan. All users must pay a standard minimum deductible, which is independent of the number of services received. Again, this form of insurance-based user charge is required in some countries.

With respect to treating the value of health services received during the year as taxable income, the option presented in Section 8.4.4 includes a cap on the increase in income tax an individual would pay in any given year.

The annual health care premium option (Section 8.4.5) could be a flat fee, or it could be linked to an individual's income. However, in contrast to the user charges and income tax options, an annual premium would not vary according to the number of health care services received during the year.

Some of the options presented – namely user charges for publicly funded health services, medical savings accounts and private health care insurance – may raise concerns about the possible impact of two-tier health care. Three suggestions have been made as a means of avoiding the negative aspects of a two-tier health care system, while maintaining the quality of the publicly funded system:

- all doctors would be required to work a certain number of hours in the publicly funded system, meaning that they would not be permitted to work exclusively in the privately funded system;
- the publicly funded health care system would provide a guarantee that waiting times for various procedures would not exceed a certain period and, if the maximum time was exceeded, the government would be obliged to pay for the required treatment to be performed in the private sector system;
- an independent body would be mandated to ensure that health care technology in the public sector was as good as in the private sector.

The Committee looks forward to receiving the views of Canadians on the issue of two-tier health care based on the assumption that the three conditions outlined above could be met.

In considering various financing options, it is important to keep in mind that each will have an impact on behaviour. Examples from several countries with a universal health care system illustrate that the way a health care system is financed can help in achieving the overarching public policy objective of delivering the best health care possible at the lowest cost.

Unfortunately, as many witnesses pointed out, the current system in Canada contains few incentives for health care providers to reduce costs or to strive for better integration (through, for example, primary care reform). Similarly, the Canadian system has no incentives for consumers of health care to use the system in a responsible manner.

User charges can be valuable in diverting demand from high cost services to those which are less expensive without diminishing access to medically necessary services. But this is only possible if a less expensive service is available and covered by insurance.

The following questions must be asked about the structure of health care financing in Canada:

- Should the financial structure be such that all those involved in the system – health care consumers, providers, facilities administrators and so forth – have an incentive to use the system as efficiently as possible?

- Should incentives be used to help patients understand that their perceived right to universal health care is accompanied by a responsibility to use that right reasonably and judiciously?

Responses to these questions will determine our health care financing system for the future.

Following the description of options for addressing future financing issues, the next part of Chapter 8 looks into the services that should be covered and who should be covered by public health care insurance, since these issues have a direct impact on the cost of publicly funded health care.

In section 8.8, options are put forward for reducing the cost of prescription drugs, which are the most rapidly increasing component of health care costs. These options are not mutually exclusive: all of them could be adopted:

- a national drug formulary (section 8.8.1)
- requiring the use of lowest cost therapeutically effective drug (section 8.8.2)
- maintaining the current prohibition on the advertising of prescription drugs (section 8.8.3)

The establishment of a national drug formulary could lead the way to the creation of a single national buying agency – one which covers all provincial and territorial governments as well as the federal government. The buying power of such an agency would be enormous, and would likely strengthen the ability of public drug insurance plans to receive the lowest possible purchase price from the drug companies.

The need for aggressive drug cost-benefit management, particularly in terms of listing only the most cost-effective prescription drugs on formularies, is a reality that must be faced in light of limited public health care resources. In recent years, provincial drug insurance plans have begun to use their reimbursement policies to encourage doctors to make substitutions among alternative drug therapies. In some cases, a drug is simply not listed on a formulary if it is more expensive than others that are equally effective in treating particular medical conditions. In other cases, a drug benefit plan (for example, the Ontario Drug Benefit Plan) will only pay for a more expensive drug on special authorization in a case where it is chosen over a less expensive alternative because of one, but not all, its indications. British Columbia's reference-based pricing policy has been used for this same purpose: the province only reimburses up to the price of a reference drug in a particular therapeutic category, unless the physician demonstrates a specific need for the more expensive product and it is approved, in advance, by the drug plan.

The difficult policy questions are: to what extent should governments adopt a program of mandatory therapeutic substitution to the lowest priced therapeutically equivalent drug? And how aggressively should such a substitution policy be followed?

A third issue related to prescription drug costs is whether pharmaceutical companies should be allowed to advertise prescription drugs. Currently, Health Canada bans direct advertising to consumers and limits the advertising of prescription drugs to health care providers. Direct-to-consumer advertising of prescription drugs is not permitted in most industrialized countries. In the United States, where the advertising of prescription drugs is allowed (the industry spends hundreds of millions of dollars a year on advertising in the U.S.), studies have shown that a very significant proportion of prescriptions are issued by physicians, particularly family practitioners, to patients who ask for a specific drug because they have seen it advertised. This is hardly surprising since the purpose of advertising is to increase demand. It has been suggested that in order to avoid an increase in demand for prescription drugs in Canada, the federal government should maintain its current ban on prescription drug advertising.

In section 8.9, a range of options are presented for expanding coverage for publicly funded prescription drugs. The options presented range from various forms of a national Pharmacare program (section 8.9.1 through 8.9.3) to a program targeted at protecting Canadians against catastrophic drug costs. Two ways of funding such a program are presented. One is a public/private sector insurance program (section 8.9.4) and the other is a tax-based program (section 8.9.5). Focussing on a targeted catastrophic program is based on evidence which shows that this is where there is the biggest gap in coverage of "medically necessary" drug therapy. Also, such programs fill the traditional role of government in Canada, in that they provide a safety net in case a catastrophic event occurs.

Some 3% of the Canadian population have no insurance coverage at all for prescription drugs. The Committee learned that most of these people are working age adults. Qualitative data also suggests those in this group may be unskilled, low-paid employees, part-time workers, seasonal employees, or the short-term unemployed. In the event of illness, these individuals are not sheltered from catastrophic drug costs, or high prescription drug costs.

Low-income families, particularly in jurisdictions that do not have public drug insurance plans for the general public, are often in a difficult position. Although their income may be too high for them to qualify for social assistance, they generally do not have regular employment or group insurance. Drug costs can place them in a financial situation in which their income after drug costs is less than that of someone on social assistance.

Moreover, in the four Atlantic provinces, there is no generally available public program to limit exposure of individuals and families to high prescription drug costs. As a matter of fact, a recent study funded by Health Canada's Health Transition Fund found that over 25% of the population of the Maritimes are without catastrophic coverage for prescription drugs and that another 25% might be considered under-insured.

Finally, section 8.10 has a discussion of home care, the other form of care that, along with prescription drugs, is most frequently mentioned as a possible candidate for coverage expansion in the publicly funded system.

Effective home care can contribute to lower long-term costs for the health care system for a number of reasons:

- it reduces the pressure on acute care beds by providing medical interventions in a lower-cost setting and by making use of hospital resources only when they are really needed (that is, home care is a substitute for keeping the patient in an acute-care hospital);
- it reduces demand for long-term beds by providing a viable choice for aging Canadians to maintain their independence and dignity in their own homes (that is, home care acts as a substitute for nursing-home care);
- it enables palliative care patients to spend their final days in the comfort of familiar surroundings (that is, home care acts as a substitute for palliative-care institutions).

Many witnesses contended that when home care substitutes for acute care, it should be treated in the same way as acute care delivered in other settings and, accordingly, should fall under the parameters of the *Canada Health Act.*

With respect to home care that substitutes for long-term and palliative care, the issue was raised as to whether patients should be required to contribute a larger co-payment to help cover the cost of these services as long as they have the necessary financial resources. A larger co-payment is already required in some provinces, but not in others, and where it is required, many long-term care patients are obliged to exhaust most of their personal resources before their care is paid for by the government. This raises the question of whether individuals who have the financial resources to pay the cost of long-term care should do so, or whether their care should be paid for by the government, as is the case of those with low incomes, enabling them to leave a larger legacy to their children.

In considering the home care issue, a range of options are presented:

- a full national home care program (section 8.10.1)
- a tax credit and tax deduction to consumers of home care services (section 8.10.2)
- creating a dedicated insurance fund to protect individuals against future home care costs (section 8.10.3)
- a series of measures designed to give financial support to family members, usually women, who are providing unpaid care to a member of their family.

The following table summarises all the options presented in Chapter 8:

OPTIONS FOR THE FINANCING ROLE OF THE FEDERAL GOVERNMENT	
Changes in Health Care Delivery (8.2)	Improving Efficiency and Effectiveness (8.2.1)
	Primary Care Reform (8.2.2)
	Regionalization of Health Services (8.2.3)
	Contracting Private For-Profit Facilities (8.2.4)
	Promotion, Prevention and Population Health (8.2.5)
Form of Federal Funding for Health Care (8.3)	Cost-Sharing (8.3.1)
	Current Block-Funding (8.3.2)
	Improved CHST (8.3.3)
	Medical Savings Accounts (8.3.4)
	Tax Transfers (8.3.5)
Raising Government Revenue for Health Care (8.4)	Through General Revenue: Reallocating Existing Revenue to Health Care (8.4.1) Increased Taxation (8.4.2)
	Through Direct Payments: User Charges (8.4.3) Income Tax on Health Care (8.4.4) Health Care Premiums (8.4.5)
Private Health Care Insurance (8.4.6)	For Health Services Delivered both Publicly and Privately
Public Health Care Coverage (8.7)	De-listing Services (8.7.1)
	Expanding Coverage (8.7.2)
Reducing the Cost of Prescription Drugs (8.8)	National Drug Formulary (8.8.1)
	Use of Lowest Cost Effective Drug (8.8.2)
	Advertising of Prescription Drugs to the Public (8.8.3)
Expanding Coverage for Prescription Drugs (8.9)	National Pharmacare Initiative (8.9.1)
	A Comprehensive Public Program (8.9.2)
	A Comprehensive Public/Private Initiative (8.9.3)
	Public/Private Initiative to Protect Against High Drug Expenses (8.9.4)
	Tax Initiative to Protect Against High Drug Expenses (8.9.5)
Home Care (8.10)	National Home Care Program (8.10.1)
	Tax Credit and Tax Deduction (8.10.2)
	Dedicated Insurance Fund for Home Care (8.10.3)
	Specific Measures for Informal Caregivers (8.10.4)

Chapter 9

Issues and Options for the Research and Evaluation Role

The role of the federal government in the field of research and evaluation is twofold, as it encompasses both funding health research and financial support for the evaluation of pilot projects. Throughout the hearings, there was unanimous consent among witnesses that

funding innovative research and project evaluation should in the future remain a major responsibility of the federal government.

The federal government has had a long tradition – over 40 years – in financing health research. In fact, up until 1994, the federal government was the main source of funding for health research in Canada. The Canadian Institutes of Health Research (CIHR) is currently the principal federal funding body for health research. The main concern raised by witnesses during the hearings on health research was that Canada's expenditures were low in comparison with other industrialized countries and that the federal government should devote more funding to health research. Other issues related to the transfer of knowledge, regional disparities and ethics.

Everybody agrees that health research will be one of the major drivers of change in Canada's health care system in the coming years (Section 9.1). The knowledge that is gained as a result of health research translates directly into better diagnosis, treatment, cure and prevention of many diseases. This, in turn, leads to reduced health care costs through:

- reducing the cost of illness, both social and economic, through the development of new drugs, products, technologies, and advances that shorten hospital stays, speed healing, and prolong good health;
- improving the efficiency and effectiveness of health care delivery; and,
- curing disease.

The first option would be to raise the federal share of total spending on health research to 1% of total health care spending from its current level of approximately 0.5% (Section 9.1.1). This would mean at least doubling CIHR's current budget to $1 billion. This would also bring the level of the federal contribution to health research more in line with that of central governments in other countries. More importantly, such federal investment would help maintain a vibrant, innovative and leading-edge health research industry.

The transfer of knowledge generated by health research would greatly enhance evidence-based decision-making with respect to health and health care to the benefits of all Canadians (9.1.2). The Committee was told that there is a need to disseminate the results of health research to health care providers and policy makers. There is also a need to establish a public awareness campaign to inform Canadians about, for example, genetic research, animal cloning, and embryo research. The proposed option is to establish an organization to disseminate the results of biomedical and clinical research. Such an organization could be created within the CIHR or within Health Canada. Another option could be to create a separate federal agency devoted to this task.

The Committee heard that there is great regional disparity in terms of health research capacity across the country (9.1.3). For example, some medical facilities and academic health centres, particularly in the Atlantic provinces and in the Prairies, are currently under-

funded and unable to respond to the challenges of contributing to Canada's success in developing a globally competitive health research. The Committee would like to hear about possible options on how the federal government can contribute to reducing provincial disparities in health research capacity.

The Committee heard that a Panel on Research Ethics was recently created by the CIHR in collaboration with SSHRC and NSERC (Section 9.1.4). This panel will govern the federal policy related to the ethical conduct of research involving human subjects. The Committee was told that while this policy has high standards, effective oversight is required to ensure compliance with those standards. Moreover, the Panel on Research Ethics will be reviewing only research funded by the CIHR, SSHRC and NSERC, and not all health research conducted in Canada. It was suggested that a national oversight body independent from the CIHR should be established to provide ethics review functions for all publicly and privately funded health research, and in particular research using human embryo or foetal tissue, including embryonic stem cell research.

In recent years, the federal government has provided funding to evaluate innovative pilot projects aimed at improving the delivery of health care (Section 9.2). An important component of these pilot projects is the requirement to provide an evaluation of outcomes, including a report on the impact of the project on health status and on health services utilization, its cost-effectiveness, improvements made in the provision of care, health systems security and privacy of personal information, and so forth. All witnesses agreed that the federal government should maintain or increase its level of funding in this field (Section 9.2.1), while addressing the issue of regional disparities (Section 9.2.2).

Chapter 10

Issues and Options for the Infrastructure Role: Technology and Information Systems

The concept of "health care infrastructure" encompasses the broad mix of resources – both physical and human – that sustain the delivery of health care. In this sense, infrastructure includes not only bricks and mortar and medical equipment and technology, but also human resources, the educational sector and the information and communication systems that support health care providers.

Although Canada ranks fifth among OECD countries in terms of total spending on health care (as a percentage of GDP), Canada is generally among the bottom third of OECD countries as regards the availability of health care technology. The "aging" of health care technology is another issue of concern.

The restricted availability of health care technology has often translated into limited access to care and longer waiting times. Timely access to diagnosis and treatment is a

crucial objective and must be guaranteed in Canada's health care system (see Chapter 7 for more details about of waiting times).

Although the federal government announced that it would invest a total of $1 billion in 2000-01 and 2001-02 to assist the provinces and territories in purchasing new diagnostic and clinical medical equipment, a number of concerns remain. First, some provinces have not applied for their share of this fund, possibly because the federal government requires matching grants. Second, there are apparently no mechanisms for ensuring accountability on the part of the provinces as to exactly where that money is going to be spent. Third, additional resources are required to operate the equipment. Estimates suggest that a $1 billion investment in new equipment necessitates an additional $700 million to cover operational costs. And fourth, this investment does not address the matter of the old equipment that needs to be upgraded. A further $1 billion investment would be required for the upgrading of existing equipment.

All this suggests that the federal government should seriously consider committing to a longer term program of financing for health care technology (section 10.1.1). Such federal funding would encompass both the acquisition of new health care technology and the operation and upgrading of existing equipment. As part of this program, provincial and territorial governments could be required to report to Canadians on how they have invested these federal funds; otherwise, the federal government has no way of knowing whether its money has been spent on the things it was intended for.

Health care technology assessment (HTA) (Section 10.1.2) provides information on safety, clinical effectiveness and economic efficiency. HTA can assist in deciding whether a new technology should be introduced and when an existing technology should be replaced. More importantly, HTA ensures that health care technologies are effective, that they are applied in the appropriate cases and under the proper conditions, and that the technology used to achieve a particular outcome is the least costly.

Not enough attention has been paid to HTA in Canada. For example, all levels of government invest less than $8 million to HTA in Canada, whereas the United Kingdom provides some $100 million to its national HTA body – the National Institute for Clinical Excellence (NICE). As a result, health care technologies are often introduced into the Canadian health care system with only superficial knowledge of their safety, effectiveness and cost.

A major weakness in our current health care system is that it still operates as a "cottage industry" (see also the discussion of the primary care sector in Chapter 5). On the one hand, the health care sector in Canada is not making use of information and communications technology as much as the other information-intensive industries are. On the other, the health care system is not integrated: physicians and other health care providers, hospitals, laboratories and pharmacies all operate as independent entities with limited access to linkages that would lead to more effective sharing of information.

Greater use of information and communications technology (Section 10.2) along with better integration of health care providers and institutions would greatly improve evidence-based decision-making by health care providers, health care managers and health care policy makers.

Many witnesses pointed to the urgency of improving our capacity to manage health information, and suggested that this be done even if it means that in the short term waiting listsbecome somewhat longer, less health care technology is purchased, and other expenditures are postponed. In the view of many witnesses, enhancing our ability to manage health information is essential to the survival of Medicare.

The use of information and communications technology in the field of health care is often referred to as "telehealth". The telehealth applications that are envisioned in Canada for the purposes of sharing information and integrating health care delivery include a system of Electronic Health Records (EHR) and an Internet-based health information system.

The key issue is to bring together all the diverse infostructures which are now being developed in isolation by various institutions and provinces. This is what the proposed Canadian Health Infostructure will do (10.2.1). It will not be a single massive structure, but a network of networks, building on the initiatives that are already in place or under development at the federal, provincial and territorial levels. This is an ambitious, expensive and long-term undertaking which will take years to realize. However, it is essential to do so if we wish to acquire reliable information on the health of Canadians, the state of our health care system, and on the efficiency and effectiveness of health services delivery and distribution.

In implementing this option, priority should be given to electronic patient records, since the electronic patient record system is the cornerstone of an efficient and responsive health care delivery system that is able to improve quality and accountability. Without this kind of infostructure, the prospects for a truly patient-oriented health care system and for enhancing efficiency in health care delivery are dim. In fact, an EHR is essential if primary health care reform is to be realized.

Telemedicine (Section 10.2.2) is one form of the telehealth applications that can greatly improve quality and timely access to care, particularly in rural and remote Canada. Accessibility to health care is one of the four patient-oriented principles of the *Canada Health Act*. However, rural Canadians are increasingly voicing concerns about disparities between the services available in rural and remote areas and those in urban areas.

Tele-medicine is an important component of the overall rural health policy of the federal government. In the context of rural health, telemedicine offers the following advantages: it addresses the shortage of rural health care providers and medical training; it improves rural health infrastructure; it conforms with the accessibility principle of the *Canada Health Act*; and it ensures more equitable development of health information systems across the country.

An important outcome of the Canadian Health Infostructure will be the generation of a massive amount of health information. It is the view of all levels of government as well as all health care stakeholders that an evidence-based health care system can provide greater accountability and ensure continuous improvement to health status and health care delivery, in addition to providing a better understanding of the determinants of health. (Section 10.3)

The federal government, along with the provinces and territories, made a clear commitment to moving toward greater accountability in the area of health care with the signing of the First Ministers' Agreement in September 2000. A Performance Indicators Reporting Committee (PIRC), chaired by Alberta, with Newfoundland, Quebec, Ontario and Health Canada as members, is working to address issues and make recommendations on a list of indicators. Similarly, the report by the Canadian Institute for Health Information (CIHI), entitled *Health Care in Canada*, is a step towards a national accounting process for the health care system. One option would be to expand CIHI's information analysis and its capacity to report annually to Canadians on the health status of the population and on the state of the health care system (Section 10.3.1).

Similar to the recommendation by the Fyke Commission in Saskatchewan, a National Health Care Quality Council (Section 10.3.2) would be an independent, evidence-based organization, at arm's length from government. Its purpose would be to provide the most objective assessment and evaluation possible of health service delivery and it would report to both government and the general public. The Council would undertake an analysis of the performance of the health care system, develop benchmarks and standards, undertake a cost-benefit analysis of programs and services, assess trends in health status, and so on.

The performance indicators developed by the National Health Care Quality Council would lay the foundation for quality improvement and serve as a guide for resource allocation. The Council would pinpoint areas in need of support and allow the public to make better informed judgements on individual sectors and services, as well as on the overall system. This would greatly improve the prospects for optimizing the use of available public resources.

There are two aspects of government accountability (Section 10.3.3). The first involves the federal government reporting to Canadians on its policies and programs with respect to health care (public accountability). The second involves provincial/territorial reporting to the federal government on the use of federal transfer payments (government-to-government accountability).

The federal government could set a valuable example by establishing a permanent mechanism for reporting to the Canadian public on the impact of all its policies affecting health and health care. One possibility could be to create a Health Commissioner charged with this task. The initiative called "Healthy People" by the Surgeon General of the United States, with the collaboration of the US Department of Health and Human Services, could be considered as a possible model.

The second form of accountability – government-to-government – may appear problematic for those who feel that there should be no role for the federal government in establishing the accountability of provincially delivered programs. But, given the substantial amount of money the federal government contributes to the provinces/territories for health care delivery, accountability to federal taxpayers requires that the federal government understand how well, or how poorly, their contributions are being spent. The affirmation of a role for the federal government with respect to government-to-government accountability is not meant to infringe on provincial prerogatives, but rather to allow all Canadians to judge how their federal tax dollars are being spent, including those spent by the federal government in its role of provider of services to specific population groups, particularly Aboriginal Canadians.

Chapter 11

Issues and Options for the Infrastructure Role: Health Human Resources

Talk of a 'crisis' in health care has a good deal of plausibility in relation to human resource issues, particularly with regard to the situation facing registered nurses (RNs) in Canada.. The Canadian Nurses' Association forecasts that by 2011 there will be a shortfall of at least 59,000 nurses in Canada, but the shortfall could be as high as 113,000 if the needs of our aging population are taken into account. There are also shortages of other health care professionals, ranging from laboratory technologists to pharmacists.

Assessing the situation with regard to physicians is more difficult. While the total number of physicians has increased, the physician-to-population ratio has, despite fluctuations, remained relatively constant over the years. Yet the aggregate numbers do not tell the whole story. Availability of physician services varies widely depending on what kind of doctor one is dealing with and where one lives.

There is unlikely to be a quick fix to the human resource problems faced by the health care sector. All national organizations representing health care providers insisted that what is needed is a country-wide, long-term, made-in-Canada, human resources strategy co-ordinated by the federal government (Section 11.2). Of course, not only do the provinces and territories have the responsibility for the delivery of health care to their populations, they are also responsible for education and training. The challenge is therefore to find a way to develop such a strategy in a manner that is acceptable to the provinces and territories.

Provincial and territorial governments may resist the involvement of the federal government in the development of such a national human resources strategy. For example, when they met in August 2001, the provincial and territorial premiers and leaders agreed to develop ongoing inter-provincial co-operation to ensure that there is an adequate supply of health care providers, without the involvement of the federal government. Nevertheless, the Committee believes that a national (as opposed to a federal) strategy involving all governments, including the federal government, is needed.

There are two other human resource issues that clearly require the attention of all governments (Section 11.3):

- How to make the best use of the full spectrum of differently qualified health professionals, so that the full range of abilities of each type of professional is productively employed;
- How to recruit, train and retain an adequate supply of health care professionals who can adapt to the changing health and health care needs of the Canadian population.

Today there is a largely hierarchical structure to the 'ranking' of health care professionals and other caregivers. Specialist doctors are generally perceived to be at the top, followed by family physicians, various categories of nurses, from those with advanced training (nurse practitioners) through to auxiliaries (licensed practical nurses). Other professionals, from pharmacists to laboratory technologists, receive less attention but are no less important to the smooth running of the system. Then there are the practitioners of various kinds of alternative medicines who continually struggle for full recognition of their contribution to the health and well-being of Canadians. And finally there is an army of informal caregivers and volunteers whose essential work often goes completely unrecognized.

We need therefore to ask explicitly whether it is time to move away from this hierarchical way of thinking and attempt to adopt a 'spectrum' approach to human resources. The 'spectrum' concept would challenge the idea that 'specialist' physicians are somehow 'higher' up the ladder by virtue of their in-depth knowledge of a particular area than their family practitioner colleagues, or that doctors, in general, are necessarily more 'highly' qualified than nurses. This concept is based on the assumption that each profession has its particular strengths and these all need to be properly valued and deployed.

The major obstacles to the development of a plan to deal with these issues are the existing rules, which define what the various health professions can, and cannot do (called the scope of practice rules). Primary care reform is essential if we are to rationalize the use of human health resources (Section 11.4). Primary care is the first level of care, and usually the first point of contact that people have with the health care system. Primary care supports individuals and families to make the best decisions for their health. Primary care services need to be:

- co-ordinated
- accessible to all consumers
- provided by health care professionals who have the right skills to meet the needs of individuals and communities being served, and
- accountable to local citizens through community governance.

Multidisciplinary team work must therefore be a vital part of primary care. However, the goal of this team work should not be to replace one health care provider with another, but rather to look at the unique skills each one brings to the team and to co-ordinate the deployment of these skills. Clients need to see the health care worker who is the best qualified to deal with their ailment.

The way in which health care is now delivered in Canada does not normally reflect a primary care philosophy (although Community Health Centres are an example of organizations that do deliver health services using a primary care philosophy). Health services are often not co-ordinated, nor are they being provided by the most appropriate practitioner and the knowledge and skills of many practitioners are not being fully utilized.

The implementation of a primary care strategy, as noted earlier in this report (see Chapter 5), also entails rethinking the current reliance on fee-for-service payments as the main way of remunerating physicians. A fee-for-service actively discourages physicians from promoting teamwork, as their individual salaries depend on the number of patients they see. Moreover, it encourages family physicians to refer as a matter of course many of the more complex cases to specialists since there is no incentive for them to spend more time with 'difficult' cases. Finally, a fee-for-service reinforces the public's perception of the current 'hierarchy' within the health care system, and can only serve to accentuate demand on the part of individual patients to always consult the most 'highly' qualified practitioner, regardless of whether or not they are the one best-suited to meeting the patient's needs.

The main alternatives to a fee-for-service payment are salary- and capitation-based systems, where physician services are remunerated according to the number of registered patients. Currently, some physicians with substantial teaching or administrative duties are on salary, and there have been a number of initiatives aimed at organizing group practices in various provinces that utilize forms of capitation. It is also possible to combine these forms of payment (as is done in Great Britain).

Finding alternative means of remuneration for physicians is not the only obstacle to be overcome in reforming the current system so that better use can be made of all types of human resources in the health care sector. Reform in this area necessarily challenges the current distribution of decision-making power, and is therefore likely to be resisted by those who are presently perceived to be in the most powerful position. Primary care reform would have the effect of increasing the number of people sharing the top of the hill, and means will have to be found to persuade those who are now in a dominant position to share some of their power.

Finally, it is important to consider various ways of encouraging individuals themselves to seek the most appropriate form of care (Section 11.5). Canadians have been led to believe that they must see a doctor when they could well consult a nurse or a nurse practitioner, and that a specialist is needed when a general practitioner might well be able to provide care of comparable quality. The health care delivery system needs to be organized so that it is possible for patients to consult the most appropriate health care professional, and there must be

incentives that reward patients for making the best choice and consequences that penalize them when they behave in a way that is unnecessarily costly to the system.

Among the options that could be considered to accomplish this goal are user fees that would kick in if (and only if) a patient insisted on seeing a particular health care professional when it was not considered necessary at the initial point of contact between the patient and the system. Referrals that were made on the advice of a health care professional (triage nurse, general practitioner) would be free of charge, but if patients requested a further consultation of their own volition, they would be required to pay a user fee that could vary according to the type of professional consulted. These fees could be made refundable if the consultation proved necessary, so as to avoid overly discouraging those who wish to obtain a second opinion on their case. It might also be possible to guarantee shorter waiting times for consulting some categories of professionals, and to use this as an additional incentive to promote cost-conscious behaviour on the part of health care consumers.

There are four broad issues which are intertwined in the human resource planning problem:

- What role should the federal government play in the development of a national human resources plan for all health services sector personnel?
- What role should the federal government play in helping to implement such a plan (e.g. through infrastructure funding or financial contributions to training programs)?
- How can individual Canadians be "trained" or given incentives which will help them to differentiate and discriminate between their true needs for health services and their desired demand?; and
- How can those who are currently perceived to be at the top of the health care power structure be persuaded to relinquish some of their power and to change the scope of practice rules so that a more efficient use of health services personnel can be achieved (where efficient means that a patient is always seen by a health care worker who is qualified to address the patient's needs, and who will refer the patient when necessary to a differently qualified service provider if that is what the patient genuinely requires)?

The difficulty in addressing these issues is that the first two depend critically on the assumptions one makes about the timing and the precise nature of the progress which can be made on the last two issues.

Chapter 12

Issues and Options for the Population Health Role

A good health care system is only one of numerous factors that help keep people healthy. Some experts have suggested that only 25% of the health of the population is attributable to the health care system, while 75% is dependent on factors such as biology and genetic endowment, the physical environment and socio-economic conditions.

There is broad agreement that multiple factors – called "determinants of health" – influence health status. These include such things as income and social support; education; employment and working conditions; social and physical environments; personal health practices and coping skills.

The term "population health" is used to refer to the overall state of health of a population that is brought about by all these determinants of health. The objective of a population health approach is to ward off potential health problems before they require treatment within the health care system.

One of the key attractions of a population health approach is that it widens the framework for an understanding of why health status in Canada does not extend evenly to all Canadians. A wide range of health status indicators show significant disparities among Canadians in terms of geographical location, demographic factors, socio-economic conditions, gender differences and so on.

The 20th century revolution in health care significantly altered the pattern of diseases, with the causes of mortality shifting away from infectious diseases and towards non-communicable diseases (Section 12.1). Chronic diseases, such as cancer and cardiovascular disease, are now the leading causes of death and disability in Canada, while unintentional injuries are the third most important cause of death.

A number of health trends that affect young people in Canada are of great concern. These include, for example, overweight and obesity, eating disorders, incidence of smoking, illiteracy and low levels of psychological well-being (Section 12.2).

Disease issues are complex, but many chronic and infectious diseases, and most injuries, can be prevented. However, there has been a tendency to focus on curing diseases, rather than on preventing them, largely because of a lack of political will.

According to many experts, the most powerful influence on health is socio-economic status (section 12.3). Canadians with low incomes and low levels of education are more likely to have poor health, no matter which measurement of health is used, and, as levels

of income and education increase, people's health improves on virtually all scales of measurement and in terms of all of the factors that influence health.

The federal government's role with regard to health promotion and disease prevention is a well established one (section 12.4). Similarly, the federal government has been recognized as a leader worldwide in developing the concept of population health. It could, once again, show leadership in implementing a population health strategy for all Canadians.

Prevention efforts have to be tailored and flexible. There is no 'one size fits all' strategy (section 12.4.1). Comprehensive prevention and promotion strategies must therefore address the linkages between risk factors, as well as between health status and socio-economic, demographic, and environmental factors.

Strategies must also recognize the link between healthy communities and healthy citizens. Approaches that address several risk factors and that can produce multiple benefits include support for families at risk, comprehensive school health promotion programs, and comprehensive work health and safety programs.

The Committee is of the view that there are several key issues with regard to population health strategies that largely revolve around the difficulties associated with how to translate research evidence concerning the importance of these population health strategies into actual policy that can be implemented. In the first place, the multiplicity of factors that influence health outcomes means that it is exceedingly difficult to associate cause and effect, especially since the effects are often only felt many years after exposure to the cause.

Moreover, because of the diversity of the factors that influence health outcomes, it is very difficult to co-ordinate government activity in this regard. Given that the health care system itself is only responsible for a relatively small percentage of the actual determinants of health, responsibility for population health cannot reside exclusively with the various ministries of health. Yet the structure of most individual governments does not easily lend itself to inter-ministerial regulation of complex issues.

Although there are many difficulties associated with the development of an effective population health approach, the Committee believes that it is important for the federal government to continue to try to set an example by exploring innovative ways to turn good theory into sound practice that will contribute to improving health outcomes in Canada. There are two broad options the Committee would like to put on the table and to solicit comments from readers on them (section 12.4.2).

The first of these options concerns the federal responsibility for the delivery of health care services to Aboriginal Canadians (see also Chapter 13). The key idea is that in an area of clear federal responsibility it should be possible for the government to adopt an explicit

population health approach that would recognize the many factors that contribute to the deplorable health outcomes that are still the norm in many Aboriginal communities.

The second option would involve an even wider federal undertaking. Because of the very broad focus required to implement population health strategies, it is essential that a way be found to break down the ministerial silos that compartmentalize responsibility for policy outcomes and to screen all policy through a population health lens. One way of doing this would be to give responsibility to a 'Health Commissioner' (see also Chapter 10) for monitoring and reporting on the health impact of all federal government policy.

Finally, greater research is needed (section 12.4.3), particularly in certain areas. Often, money is spent without sufficient epidemiological research to guide where it is invested. In terms of chronic disease research, there is a lack of knowledge on how to use that information in the implementation of preventive strategies. In this respect, research is needed to determine how best to share health information with both providers and individual Canadians and, in particular, how best to target that information to those in lower socio-economic groups or those with poor literacy skills.

Chapter 13

Issues and Options for the Service Delivery Role: Aboriginal Health

There are significant health and socio-economic disparities between Aboriginal peoples and the general Canadian population (Section 13.1). In the view of the Committee, the health of Aboriginal Canadians is a national disgrace. If the Aboriginal population was enjoying a state of health similar to that of the overall Canadian population, Canada would probably stand as the healthiest country in the world. We certainly need to do a better job. The federal government must take a leadership role in working to immediately redress this situation.

Health care to Canada's Aboriginal people is delivered through a complex array of federal, provincial and Aboriginal-run programs and services (Section 13.2). Who delivers what to whom depends on a number of factors such as status under the *Indian Act*, place of residence (on or off-reserve), the location of one's community (non-isolated or remote) and whether Health Canada has signed an agreement to transfer the delivery of certain health services to an Aboriginal community or organization.

During Phase Two of its study, the Committee was told that status Indians under the *Indian Act* are a federal responsibility. The provision of hospital and physician services, however, is a provincial or territorial responsibility. Status Indians who reside on reserves are entitled to the general health services provided by the provinces and territories such as hospitals, physician services, and other insured services covered by provincial and territorial health plans. Health Canada, however, provides direct primary care and emergency services on reserves in remote and isolated areas where no provincial services are available. Regardless of residence (on or off–reserve), status Indians receive non-insured health benefits (NIHB) funded by the federal

government. These benefits include drugs, medical supplies and equipment, dental care, vision care, medical transportation, provincial health care premiums and crisis mental health counselling.

Provincial and territorial governments are responsible for delivering health services to the Inuit, but delivery of health services to Canada's Inuit population varies with jurisdiction of residence. In 1988, the federal government transferred responsibility for health administration to the Government of the Northwest Territories. With the creation of Nunavut, the Nunavut government assumed this responsibility for the Nunavut region. The federal government provides funds to the territorial governments to deliver health programs for status Indians and the Inuit including non-insured health benefits.

Métis and non-status Indians are not eligible for federal health programs. They receive medical services from provincial and territorial governments on the same basis as other Canadians. Métis and non-status Indians are not included under the *Indian Act*, nor are they eligible for non-insured health benefits funded by the federal government.

Overall, jurisdictional barriers to the provision of health services to Aboriginal people exist on two levels. The first barrier arises from the division of powers between the federal and provincial governments. The consequences of having two jurisdictions involved in delivering health services include program fragmentation, difficulties co-ordinating programs and reporting mechanisms, inconsistencies, gaps, possible overlaps in programs, lack of integration, the inability to rationalize services and impediments to developing a holistic approach to health and well-being.

The second jurisdictional barrier stems from the divisions among Aboriginal peoples that arise as a result of the *Indian Act*. Because Métis and non-status Indians are excluded from the legislation, they are not eligible for most federal programs. In the view of witnesses, this lack of recognition leaves the Métis and non-status populations in a jurisdictional void.

The option proposed in Section 13.2.1 is for the federal government to undertake, in collaboration with the provinces, territories and Aboriginal representatives of all groups, the development of a National Action Plan on Aboriginal Health to improve inter-jurisdictional co-ordination of health care delivery. A unique contribution of the federal Minister of Health could be to facilitate such co-ordination.

Section 13.3 discusses ways of ensuring adequate access to culturally appropriate health services for Aboriginal Canadians. A long-term strategy to increase the number of Aboriginal health care providers could be established by federal, provincial and territorial governments (Section 13.3.1). As part of this strategy, the federal government could provide the necessary resources to train Aboriginal Canadians across a wide range of disciplines.

A long-term strategy should also address training, recruitment and retention issues of emerging health career categories such as home care workers, early childhood educators, diabetes prevention workers, telehealth and systems development technicians, etc.

Tele-medicine could also play an important role in improving access to health services in Aboriginal communities (Section 13.3.2). In the context of remote and isolated Aboriginal communities, telemedicine offers the following advantages: it addresses the shortage of health care providers and medical training; it improves the health care infrastructure; it enables conformity with the accessibility principle of the *Canada Health Act*; and it ensures a more equitable development of health information systems across all regions of the country. The Committee welcomes opinions on how adequate access to culturally appropriate health services can be best achieved for all Aboriginal Canadians (Section 13.3.3).

Aboriginal peoples of all groups do not simply define health as the absence of disease (Section 13.4). They adopt a broader view of the concept of health (they talk about "wellness") that encompasses the spiritual, physical, mental and emotional aspects of the individual. They explain that the various components of the overall state of health may be influenced by the social, cultural, physical, economical and political environments of a person. Aboriginal wellness emphasizes that solutions to health will not be effective until all factors having an impact on a problem are considered. Witnesses suggested that federal Aboriginal health policy must develop a greater focus on illness prevention, health promotion and a holistic approach to population health.

The federal government has been recognized as a leader worldwide in developing the concept of population health. Under the option discussed in Section 13.4.1, it would, once again, show leadership in implementing a population health strategy designed specifically for Aboriginal Canadians. Such a strategy should include dealing with economic conditions, environmental issues such as clean and safe drinking water, high quality and culturally appropriate health care, healthy lifestyle choices, etc. Investing in such activities will improve the health status of Aboriginal peoples and reduce the suffering and costs that result from poor health. This option would require extensive and ongoing inter-departmental collaboration. The federal Minister of Health could act as a leader.

The federal government should also set a valuable example by establishing a permanent mechanism for reporting to the Canadian public on the impact of all its policies and programs aimed at Aboriginal health. This could be the first step towards federal accountability for its overall health policy. We welcome any suggested options for an effective federal accountability mechanism with respect to Aboriginal health (Section 13.4.2).

During the hearings on Aboriginal health, witnesses pointed out the importance of undertaking research on the health of Aboriginal peoples as a means to provide useful information on how to improve health services delivery and health outcomes (Section 13.5). They welcomed the new Institute on Aboriginal Health within the CIHR and stressed that it is essential that it be provided with a sufficient level of funding. In their view, the diversity of the

various groups within the Aboriginal population must be reflected in health research activities. In addition, funding should be allocated to research activities that explore various models to obtain evidence-based information on how to design and deliver programs that affect Aboriginal health.

Given the diversity of Aboriginal peoples and given their unique health and health care needs, it is essential to involve their communities in the renewal of federal policies and programs affecting Aboriginal health (Section 13.6). We heard that the most successful programs leading to healthier outcomes are those based on significant input from the members of the involved community. The Committee would like to obtain suggestions on the most appropriate process to involve Aboriginal Canadians in designing, developing, implementing and assessing federal programs and policies aimed at Aboriginal health.

Chapter 14
Conclusion

For Canadians, our publicly funded health care system is a key distinguishing characteristic of our country. In fact, it has achieved iconic status. It is perceived to reflect Canadian values and these are seen to stand in sharp contrast to the values of our American neighbours.

Medicare is based on the belief that Canadian society should collectively share the risks, and the consequences, of illness and injury to individual Canadians. Before Medicare, these were largely borne by the sick or injured themselves, their families, or various charitable organizations. Canadians' attachment to a sense of collective responsibility for the provision of health care has remained largely intact despite a shift towards more individualistic values that has, in recent years, led to broader changes in society.

Health care is also seen in Canada as very much a public good, in spite of the fact that more than 30% of total health care costs are paid out of private funds. It is a public good also in the sense that Canadians look to government, both federal and provincial, to guarantee the services to which they feel entitled.

One might expect that given the importance of the health care issue in the collective psyche of Canadians, and in the political life of the country more generally, that an ongoing, thoughtful, discussion of health care issues would be the norm. Unfortunately, the opposite is true.

Faced with this situation the Committee decided from the outset that it would provide a useful public service if it could produce a report that outlined the major issues facing Canada's health care system and presented a set of potential options for addressing them. Moreover, it envisaged this report as being factual and non-ideological. Also, the Committee strongly believes that it was essential not to foreclose discussion of any option *a priori*. This is what the Committee hopes it has achieved with this report.

We recognize that our set of issues is not exhaustive, and that many readers of this report will want to add to the issues list. Similarly, there are those who will feel that our set of options is not complete, and they will want to add new options of their own. We very much welcome these additions to our work. We believe that they will help to further the Committee's objective of being a catalyst for informed public debate on health care issues.

Above all, we hope that individual Canadians – the people who most benefit from Canada's Medicare system and the people who will be most affected by any changes that are made to it – will take the time to write to the Committee, and give us their views on which options they prefer, and why. We very much look forward to receiving the guidance of Canadians as we prepare our final report and our own set of recommendations.

Please write to:

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology
The Senate
Ottawa, Ontario
K1A OA4
health@sen.parl.gc.ca
fax: 613-947-2104

CHAPTER ONE:

INTRODUCTION

In December 1999, during the Second Session of the Thirty-Sixth Parliament, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology received a mandate from the Senate to study the state of the Canadian health care system and to examine the evolving role of the federal government in this area. The Senate renewed the mandate of the Committee in the First Session of the Thirty-Seventh Parliament. The terms of reference adopted for the purpose of this study read as follows:

> *That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:*
>
> *(a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;*
>
> *(b) The historical development of Canada's health care system;*
>
> *(c) Publicly funded health care systems in foreign jurisdictions;*
>
> *(d) The pressures on and constraints of Canada's health care system;*
>
> *(e) The role of the federal government in Canada's health care system.*[1]

In response to this broad and complex mandate, in March 2001, the Committee re-launched its multi-year and multi-faceted study comprising five major phases. Table 1 provides information on each individual phase and their respective timeframes.

TABLE 1

HEALTH CARE STUDY:
INDIVIDUAL PHASES AND PROPOSED TIMEFRAMES

Phase	Content	Timing
One	Historical Background and Overview	Winter/Fall 2000
Two	Future Trends, Their Causes and Impact on Health Care Costs	Fall 2001
Three	Models and Practices in Other Countries	Fall 2001
Four	Development of Issues and Options Paper	Fall 2001
Five	Hearings on Issues and Options Paper and Development of Final Report and Recommendations	Fall 2001/Winter 2002

[1] Debates of the Senate (Hansard), 2nd Session, 36th Parliament, Volume 138, Issue 23, December 16, 1999.

This report constitutes volume four of a series of five reports by the Committee on the health of Canadians and on the federal role in health and health care. In this report, the Committee identifies key public policy issues with respect to the role of the federal government and presents a set of potential options for addressing these issues. In the Committee's opinion, federal and provincial policy makers, health care stakeholders, and the Canadian public should all consider these issues and options, given that they relate to the long-term sustainability of Canada's health care system.

During October and November 2001, the Committee intends to hold extensive public hearings across the country on the issues and options presented in this report. More precisely, the Committee will hold hearings in Vancouver, Edmonton, Regina, Winnipeg, Toronto, Montreal, Fredericton, Charlottetown, Halifax and St. John's. Then, in January 2002, the Committee will present its fifth and final report in which it will summarize the key findings obtained during these public hearings and present the Committee's recommendations for addressing the public policy issues presented in this report.

The issues and options discussed here have been developed on the basis of the evidence presented to the Committee during the first three phases of its study on health care. The evidence garnered from hearings with expert witnesses has been presented in great detail in the Committee's first three reports on the role of the federal government in health and health care:

- The first report recounts the history of how the federal government helped the provinces to fund hospital and physician care. It focuses in particular on the initial objectives of the federal government's involvement in health care and raises some questions about the future role of the federal government in light of the changing health care environment (e.g. increased recourse to drug therapy, hospital out-patient services, home care and community care). This first report also traces the evolution of health care spending and health indicators over the past several decades. Finally, it looks at a number of the myths that are still current concerning the delivery and financing of health care in Canada and clarifies the reality surrounding each of these myths. The objective of the first report was to provide factual information as well as to clarify the major current misconceptions that recur in the health care debate in Canada.

- The second report reviews the major trends that are having an impact on the cost and the method of delivery of health services, and the implications of these trends for future public funding. In particular, the report focuses on the pressures associated with the changing demographics of the Canadian population, the increasing use and growing cost of drugs and technology, and developments in the delivery of health services (e.g. the increased use of out-patient, home care, telehealth). This report also considers issues surrounding health research, health human resource planning (including the shortage of health care providers), rural health, disease trends and the health of Canada's Aboriginal population. Finally, it examines how a health info-structure could help improve the delivery of health services in the future.

- The third report describes and compares the way that health care is financed and delivered in several other countries (Australia, Germany, the Netherlands, Sweden, the United Kingdom and the United States), and the objectives of national government health care policy in those countries. It highlights those policies and reforms from which Canada could learn. The report also examines briefly the operation of medical savings accounts systems (MSAs) in Singapore, South Africa, the United States and Hong Kong.

The Committee learned a great deal in the course of the first three phases of its study and it has shared its findings in the three reports referred to above. The Committee hopes that people will consult the first three reports as background to the discussion of the policy options that are the focus of this fourth report.

However, the Committee feels it is useful to highlight a number of the conclusions it has drawn from its study to date, as these help set the stage for the next phase of the Committee's work. The following section summarizes some of the main findings and observations from the first three phases of its study.

CHAPTER TWO:

SUMMARY OF MAIN FINDINGS AND OBSERVATIONS FROM PHASES ONE, TWO AND THREE

2.1 Main Findings and Observations from Phase One

- The definition of "medically necessary services" that guarantees Canadians access only to health services provided by doctors or in hospitals, no longer allows health services to be delivered in a way that corresponds to the reality of the 21st century health and wellness needs of the Canadian population, nor does it even fully reflect the range of services that are actually covered under the different provincial health care insurance plans.

- The more services we include in the definition of "medically necessary", the more costly the public health care system becomes. Broadening this definition raises the question of how these services should be paid for, and how excessive costs can be prevented. The question of precisely what services should be covered by government, what services should be paid for by employers, and what services should be paid for by individuals out of their own funds, either partially or fully, directly or through private insurance, is one that requires full public debate.

- Canadians have opted for universal public health care insurance on the grounds of compassion, equity and fairness. The patient-centred principles of the *Canada Health Act* continue to express fundamental values of Canadian society. In fact, the Act has now attained iconic status.

- The mechanism of a single payer to achieve the four patient-oriented principles of the *Canada Health Act* appears to be sound. The underlying principle of "public administration," however, is not as well understood and may need to be revisited in light of developments in the delivery of health services.

- Only on three occasions has the federal government resorted to financial penalties and reduced its transfers to some provinces that were permitting extra-billing or imposing user charges. However, the federal government has never applied the discretionary penalties for failure to comply with the five principles of the *Canada Health Act*, despite periodic complaints regarding portability, comprehensiveness and accessibility.

- Private spending already accounts for a significant and increasing proportion (approximately 30%) of total health care spending in Canada. The structure of the Canadian Medicare

system, with its focus on physician and hospital costs only, has contributed noticeably to this situation.

- Provincial governments are already devoting on average over one-third of their overall budget to health care; hence, the provinces have insisted on the necessity for stable and predictable federal transfers. Experts, however, agree that the need for a more stable formula for federal funding must be balanced against concerns of adequacy, affordability and sustainability as they affect both levels of government. Moreover, spending more public money on health care could mean that less was available for investment in non-medical areas that also greatly affect health.

- Canadians remain deeply attached to their health care system, and want governments at all levels to address their growing concerns about its long-term viability and sustainability, and in particular, they want government to ensure more timely access to health services.

- The federal government has played, and continues to play, a crucial role in promoting the health of Canadians and in financing the health care system. The issue is not whether there is a role for the federal government, but rather how the current federal role should change to adapt to contemporary realities in order to help guarantee the long-term sustainability of a high quality health care system.

- Changing public expectations have already had a major impact on the shape of Canada's publicly funded health care system, moving it away from its origins as public insurance against catastrophic medical costs towards a system that is under constant pressure to continuously expand the set of services that are expected to be provided "free" to the consumer. Dealing with expanding public expectations is thus a major challenge facing anyone who wants to reform the system.

2.2 Main Findings and Observations from Phase Two

- Cost pressures on the system are real and multidimensional. They are likely to continue to grow with the introduction of new and more expensive drugs and technology, and especially over the next 20-30 years as the peak of the baby boom generation ages. It is therefore important to focus on these cost pressures as we think about how to sustain and renew Canada's health care system.

- The economic burden of illness has been estimated at $156 billion for Canada in 1998 (both direct and indirect costs). Trends in diseases and injuries can therefore have a significant impact on current and future costs of health care. It has been strongly suggested that increasing efforts in the area of health promotion and disease prevention, with a particular focus on Canadians with low incomes and low levels of education and literacy, should be key areas in public policy if we are to improve overall health status and contain health care costs.

- While many Canadians enjoy high levels of health, and although Canada ranks well above most other countries in terms of the majority of health status indicators, there is definitely room for improvement. There remain disparities in health associated with age, socio-economic conditions, gender, geographic location, and so on. The health status and the socio-economic conditions of the Aboriginal population in Canada is particularly deplorable.

- Enhancing the health of Canadians involves more than just curing illness. There are many complex determinants of health that interact with one another, and fostering well-being means finding ways to take them all into account. Since a multiplicity of factors determines the health of a population, there is clearly a need for collaboration and intersectoral action.

- While women provide more than 80% of the paid and unpaid health care, they are only a minority of the policy and management decision makers. This means that there is a particular need to assess the consequences of health care reforms on women.

- Canada's health care system is already having difficulty attracting and training the personnel it needs in many disciplines (in the context of a growing world-wide shortage of health care human resources). Given the relative labour intensity of the health care sector, the human resource problem is more critical than any other single problem facing the system. As well, we are experiencing real problems in keeping up with the introduction of new, but very expensive, drugs and technologies that Canadians rightly expect to be made available to meet their health care needs.

- Canada needs a robust, integrated and proactive health research sector. However, Canada does not compare favourably with its major competitors in terms of the amount of public funding devoted to health research. The role of central governments in the United States, the United Kingdom, France and Australia in financing health research, expressed in purchasing power parity (PPP) per capita, is much greater than it is in Canada.

- It is generally agreed that rapid advances in genetics and genomics will revolutionalize health care delivery in unprecedented ways. This points to the need for multidisciplinary research that will examine the societal costs, benefits, ethical considerations and potential unintended impact of advances in genetic and genomic research.

- We must move away from only tracing dollars and inputs in health care and move towards linking these inputs to health outcomes. We need to start measuring the quality and effectiveness of the health care system by its outputs, not exclusively by its inputs. This is essential if we are to know how to spend government funds more wisely in the future.

- The development of a pan-Canadian health infostructure would lay the foundation for evidence-based decision-making in areas that affect the delivery of health care and the well-

being of the population. An infostructure would also enhance the accountability of all players involved in the health care system – governments, providers, and patients. Canada is currently seriously deficient in this area and it is imperative to foster and maintain our capacity to manage health information.

2.3 Main Findings and Observations from Phase Three

- Proposals for a "big bang" overhaul of Canada's health care system are unlikely to achieve widespread consensus. Nonetheless, major changes may be needed if the hopes and aspirations of Canadians are to be met.

- No single international model constitutes a blueprint for solving the challenges confronted by the Canadian health care system. Moreover, experts told the Committee that careful consideration must be given to the repercussions in Canada of introducing, on a piecemeal basis, changes undertaken in other countries. However, health care systems do share common features and face similar problems and pressures. Canada can learn a great deal from the experience gained elsewhere.

- Many countries with a similar share of public health care spending provide coverage that is much broader than Canada, encompassing such items as prescription drugs, home care, and long-term care. This has usually been achieved with the participation of the private sector either through the imposition of user charges or the involvement of private insurance.

- No single OECD country relies exclusively on private insurance to provide health care coverage to its citizens. Even in the United States, where the private sector is a dominant player in the field of health care insurance, public funding accounts for 45% of total health care spending. The fact is that health care is different from other marketable goods and services.

CHAPTER THREE:

THE ROLE OF THE FEDERAL GOVERNMENT: AN OVERVIEW

Before proceeding to the discussion of issues and options with respect to the role of the federal government in health and health care, it is important to understand what the role of the federal government is, and equally what it is not. As pointed out in the Committee's first report, a considerable mythology has developed around the federal government's role. The Committee believes that, currently, there are five distinct federal government roles in health and health care. These are outlined in the table below:

FIVE DISTINCT FEDERAL ROLES IN HEALTH AND HEALTH CARE
***FINANCING ROLE**: the transfer of funds for the provision of health services administered by other jurisdictions*
***RESEARCH AND EVALUATION ROLE**: funding innovative health research and evaluation of innovative pilot projects*
***INFRASTRUCTURE ROLE**: support for the health care infrastructure and the health infostructure, including human resources*
***POPULATION HEALTH ROLE**: health protection, health and wellness promotion, illness prevention, and population health*
***SERVICE DELIVERY ROLE**: the direct provision of health services to specific population groups*

3.1 The Transfer of Funds for the Provision of Health Services Administered by Other Jurisdictions: The Financing Role

By far, the most well known role for the federal government involves the funding it provides to the provinces and territories to help them carry out their responsibilities with respect to health care delivery. Federal involvement in health care delivered by the provinces stems essentially from its constitutional spending power. This power is the basis for the transfer of funds under the Canada Health and Social Transfer (CHST) and for the enforcement of the conditions of the *Canada Health Act*.

Strictly speaking, the federal government cannot establish and maintain a national health care insurance plan because it cannot regulate the delivery of health care to individuals: under the Canadian Constitution, as interpreted by the courts, health care delivery and management is a field primarily under provincial jurisdiction. The federal government is responsible for the actual delivery of health services only to groups that fall under its jurisdiction, such as Aboriginal peoples, the Canadian Forces, veterans, and inmates in federal penitentiaries. This leaves provincial and territorial governments with the responsibility for determining such central matters as how the overall system will be organized, the administration of their public

health-care insurance plans, determining how many hospital beds will be available, and what categories of health care providers will be hired. It is also the responsibility of provincial and territorial governments to approve hospital budgets and to negotiate fee scales with the medical associations.

Although the federal government is not responsible for health care administration, organization or delivery, it exerts considerable influence on provincial/territorial health care policies by using the political and financial leverage afforded by its constitutional spending power. In fact, many analysts believe that by setting the requirements for providing federal funding, the *Canada Health Act*, and its precursors, have to a large extent shaped provincial health care insurance plans throughout the country.

The issues relating to the federal role in financing health care concern the level of federal transfers for health care, the mechanisms used to execute them and the sources of the revenue that are used to generate them. Other related issues touch on what conditions, if any, the federal government should impose on the provinces in return for federal contributions to health care delivery.

Note that, contrary to popular perception, the *Canada Health Act* does not cover all health services. It only covers services provided by two health care delivery systems – hospitals and doctors – from among a number of other delivery systems. In particular, it does not cover two other delivery systems, namely drug therapy outside hospitals and home care, that have grown enormously in importance since Medicare began. Although provinces and territories have expanded the array of services insured under their public health care plans, they have not done so uniformly. As a result, public coverage for services not included under the *Canada Health Act* varies greatly among provinces and territories.

Although long-term care and nursing-home care are mentioned in the *Canada Health Act* under the definition of "extended health care services", the five principles of the Act do not apply to them. This has contributed to a lack of uniform access to these services across the country.

This situation prompted the important observation made in the Committee's Phase One report that the concept of "medical necessity" as defined in the *Canada Health Act* no longer reflects the reality of the variety of delivery systems that provide health care to Canadians.

3.2 Funding Innovative Health Research and the Evaluation of Pilot Projects: The Research and Evaluation Role

This second role for the federal government has two dimensions. It involves funding all areas of health research (basic biomedical research, clinical research, health services research, and population health research) as well as the financing of pilot projects designed to

test and evaluate new models of health care delivery and approaches designed to improve Canada's health care system.

For over 40 years the federal government has contributed to the financing of health research. In fact, up until 1994, the federal government was the main source of funding for health research in Canada. The Canadian Institutes of Health Research (CIHR) is currently the principal federal funding body for health research.

From time to time, the federal government also fulfils its role in health research by giving financial support for initiatives, or pilot projects, that are designed to encourage innovation in health care delivery. The $800 million the federal government agreed to contribute to primary care reform, as part of the federal/provincial agreement of September 2000, illustrates this role. Other examples include grants under the Health Transition Fund (1997-2001), which supports pilot projects undertaken jointly with provincial and territorial governments in the fields of Pharmacare, home care, primary care and integrated service delivery, as well as the Canada Health Infostructure Partnerships Program (2000-2002) which supports provincial and territorial projects using new information technology in health care.

3.3 Support for the Health Care Infrastructure and the Health Infostructure: The Infrastructure Role

A third federal role involves contributions to the health care infrastructure. This involves financing improvements to the health care system as a whole, as opposed to helping fund physicians and hospitals whose services are directed to individual patients.

The Hospital Construction Grants Program of 1948 provides an early but significant example of this role. Under this program, the federal government paid the full cost of building hospitals in every province and territory. As a result, from 1948 to 1950, the number of hospital beds in Canada increased at a rate that was twice that of population growth.

Another important example of federal support to health care infrastructure is provided by federal funding for health information systems designed to enable health care providers to make better informed decisions (through, for example, the development of electronic patient record systems). Support given to the provinces through funding that is targeted towards specific goals, such as the acquisition of health care technology provided under Bill C-45 (October 2000), is another example of federal funding aimed at health care infrastructure.

If the federal government were to decide to develop (or help to develop in co-operation with the provinces) structures and processes to ensure greater accountability in the health care system, this too would fall under the federal government's role in health care infrastructure. Similarly, the publication of an annual report by the federal government on the

health of Canadians and on the quality and efficiency of the health care delivery system, along with recommendations for improvements, would be a federal contribution to improving the accountability of the system.

3.4 Health Protection, Health and Wellness Promotion and Disease Prevention: The Population Health Role

A fourth role for the federal government encompasses health protection, health and wellness promotion and disease prevention. Health protection includes activities such as food legislation, the approval of drugs and devices, environmental protection, the regulation of biotechnology, and disease surveillance. Health and wellness promotion as well as disease prevention stand in contrast to the first federal role which focuses on the treatment of illness. This role involves encouraging Canadians to adopt healthier lifestyles, and takes into account the impact of the broader determinants of health on the health of the population.

The best known examples of the federal role in the fields of promotion and prevention include campaigns to reduce tobacco consumption; the Canada food guide which promotes healthy eating habits; campaigns that target youth with information about the danger of sexually transmitted diseases; Heart Health, a multi-level and multi-year strategy for the prevention of cardiovascular disease; and Active Living, a program designed to encourage Canadians to lead a more active, less sedentary, lifestyle.

The federal role related to the promotion of good health and well-being also encompasses consideration of the broader determinants of health which lie mainly outside the realm of health care delivery, using what are often called "population health strategies". These strategies are based on the fact that health status can be improved by investing in a variety of fields – including the environment, economic policy, income support, education, literacy, etc. – where the federal government plays a role.

There are many critical trade-offs that must be made between the population health and the financing roles. For example, studies suggest that health promotion and disease prevention programs can bring substantial long-term benefits, in terms of reduced cost for the health care system and improved quality of life for Canadians. Thus, experts argue that it might be possible to achieve a better return on the health care dollar by promoting healthier lifestyles for Canadians than by spending the same amount of money on the treatment of illness.

Similarly, evidence suggests that investing in population health strategies, such as early childhood development, improved housing conditions and enhanced literacy capabilities, can generate more benefits in the long run in terms of overall health status than would spending more on health care delivery. Yet, for a variety of reasons, there is significant public pressure on the federal government to focus overwhelmingly on its first role, often to the neglect of its population health role.

3.5 The Direct Provision of Health Services to Specific Population Groups: The Service Delivery Role

A fifth role played by the federal government lies in the direct provision of a variety of health services to particular population groups. The federal government is responsible for the provision of health care, including primary care, to First Nations and the Inuit communities, and some health services to the RCMP, Correctional Services, the Armed Forces and veterans. Indeed, the federal government delivers health services to more Canadians (approximately three quarters of a million) than several provinces do. Later in this report the Committee raises specific issues with respect to the delivery of health care to Aboriginal Canadians and suggests potential public policy options for addressing those issues.

Beginning with Chapter 7 of this report, a series of public policy issues and options for addressing them are presented. Each issue stems from one or more of the five federal roles outlined above. First, however, we turn to a discussion of what the public policy objectives with respect to each of the above five federal roles ought to be.

CHAPTER FOUR:

THE ROLE OF THE FEDERAL GOVERNMENT: OBJECTIVES AND CONSTRAINTS

It is important to develop a coherent vision for the role of the federal government in fostering the health and well-being of Canadians and in financing the health care system. The continued involvement of the federal government is essential to the renewal of public policy in this area. The Committee's third report on comparative health care systems suggests that it is very unlikely that a "big bang" approach to health care renewal would work in Canada. Therefore, the focus of any vision for the federal government's role in health and health care needs to include a set of public policies and programs that could be implemented incrementally in collaboration with the provinces, territories and all stakeholders.

The broad objectives for the federal role in health care and wellness promotion form the necessary backdrop to choosing which option is best suited to addressing each of the policy issues presented in later sections of this report. The choice of one option over another necessarily implies that one is "better" than the other. "Better" in this context can only be evaluated in relation to outcomes measured against a specific public policy objective.

Therefore, the Committee believes that it would be useful to articulate the set of proposed objectives for each of the roles for the federal government that were described in the previous section. The Committee recognizes that some people may prefer a different set of objectives, and that is as it should be. There are many differing views on what federal policy objectives, and hence federal policy, should be.

The Committee welcomes opinions on its set of public policy objectives, issues and options and wants to hear about other options and their related objectives. Nevertheless, by proposing its own set of public policy objectives, the Committee hopes that it will encourage everyone who wants to argue for specific policy options also to state as clearly as they can what they believe the objectives of federal health policy should be. This will help the Committee to better understand the linkages between the various proposed policy options and specific sets of policy objectives as it formulates its final recommendations.

4.1 Objectives for the Financing Role of the Federal Government

The federal government's involvement in the financing of health care has a long history. It is clear that without federal funding Canada's health care system would not be what it is today. Federal transfers to the provinces and territories have been essential to the development of a system of public health care insurance plans across the country that offer comparable benefits, and many Canadians believe that federal funding is essential to the

maintenance and renewal of our health care system. Therefore, the Committee proposes that the first objective of the federal financing role be to provide a level of funding that ensures the sustainability of Canada's health care system and that fosters health care reform and renewal.

During the initial phase of its study, Tom Kent pointed out to the Committee that the original objectives of the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* (1957) and the *Medical Care Act* (1966) were the following:

> "To ensure that every Canadian had access to all medically necessary services regardless of their ability to pay for those services."

and

> "To ensure that no Canadian suffered undue financial hardship as a result of having to pay health care bills."

These public policy objectives were reaffirmed in the *Canada Health Act* of 1984 through its four patient-oriented principles: universality, comprehensiveness, accessibility, and portability, where:

1. Universality means every Canadian;
2. Comprehensiveness means all medically necessary services;
3. Accessibility means regardless of the patient's ability to pay;
4. Portability means that patients can move from one province to another without facing a gap in coverage.

The Committee proposes that the two statements given above continue to be the primary policy objectives for the financing role of the federal government, and that the four patient-oriented principles remain the foundation of federal involvement with respect to the first role of the federal government. This does not necessarily mean that the principles cannot in any way be modified – some may require further refinement through a more precise definition and a clearer articulation of their scope and limits.

The final principle of the *Canada Health Act* – the principle of public administration – is of a completely different character. It does not focus on the patient but is rather the means of achieving the ends to which the other four principles are directed. In the view of the Committee, this distinction between ends and means explains much of the current debate about the *Canada Health Act* and Canada's health care system. People who agree completely with the desired ends of a public policy can nevertheless disagree strongly on the means of achieving those ends. The principle of public administration is not well understood and, in our view, might need to be revisited.

Since the inception of the *Canada Health Act*, on a number of occasions the federal government has imposed financial penalties to discourage provinces from allowing extra-

billing and user charges, but it has never penalized provinces for non-compliance with the five principles. According to the November 1999 report of the Auditor General of Canada, there are outstanding cases of non-compliance, involving the patient-oriented principles of portability, comprehensiveness and accessibility.[2] Clearly, then, there are problems in interpreting those principles and in enforcing them. These issues must be resolved if we are to have a system that is focussed on the patient and that is uniform across the country.

In considering health care policy issues, it is important to keep in mind that federal legislation restricts the universality of coverage to health services provided in hospitals and by doctors. This was a logical way to meet patients' needs in the late 1950s and 1960s since nearly hospitals and doctors then provided 70% of the cost of the entire health care system. Today, however, less than 45% of total health care spending is attributable to hospital care and physician services.

During the late 1950s and 1960s, the only major channel for the delivery of health care services, other than doctors and hospitals, was nursing homes. Since the federal government was already contributing to senior citizen incomes through the Canada Pension Plan (CPP), the Old Age Security program (OAS), and the Guaranteed Income Supplement (GIS), it was felt that access to these services was being adequately ensured through those programs.

Today, home care, drug therapy, and treatment by other health care professionals (e.g. physiotherapists, diagnostic technicians, midwives, nurse practitioners, occupational therapists, etc.) have become commonplace, yet when they are delivered outside the walls of a hospital, these services are not eligible for coverage under the *Canada Health Act*. This has created a situation where publicly funded access to these services, many of which are frequently medically necessary, is not offered in a uniform way across the country, when it is offered at all.

In short, a number of trends, combined with public expectations, have overtaken the original design of the system. Making the distinction between that which is formally covered under the *Canada Health Act* and the actual array of services that are required to meet the total health care needs of Canadians is critical to the development of future public policy. However, this distinction is not made in the vast majority of public commentary on the current system. Most commentators still speak as if patients are assured uniform publicly funded access to *all* health services under the *Canada Health Act*.

In addition, the *Canada Health Act* is misunderstood to mean that there should be no role for the private sector in delivering health care. This is clearly not prohibited, nor was it intended to be prohibited, by the *Canada Health Act*. The clearest possible illustration of this fact is that over 95% of Canadian hospitals are operated as private not-for-profit entities and that doctors operate, in effect, as private businesses.

---

[2] Auditor General of Canada, *Federal Support of Health Care Delivery*, Chapter 29, November 1999.

When the hospital care and medical insurance plans were started, two significant decisions were made with respect to the method by which these programs would be funded and delivered:

1. No means test would be required of patients *before* they received medical services. This decision was made because it was felt that a means test would discourage low income patients from seeking medical assistance, since they would feel it was demeaning to have to say they were "poor" in order to receive full medical care.

2. A central provincial department or agency would administer the program in each province. This decision was made in order to have the hospital care and medical insurance plans gain the efficiencies of a "single payer" model. (This "single payer" aspect is reflected in the principle of public administration enshrined in the *Canada Health Act).* Public administration as a principle is often misunderstood to mean that in the current system a role for the private sector in the delivery of health care is prohibited. That is not the case.

One final point is worth observing. When public funding for hospital and physician services began, the underlying principle was that they would be insurance plans in which individuals might be expected to pay part of the cost of the health services they received. However, as explained in point 1 above, no such payment could be required up front, at the point of service, since it might discourage low income Canadians from seeking medical care.

This is why the 1957 Act was called the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* and why some provinces (e.g. Alberta and British Columbia) have for many years charged their residents annual health care premiums. It is also why the original Liberal Party policy resolution at its 1961 convention proposed that the cost imposed on the health care system by receiving treatment would be added to everyone's taxable income at the end of each year, and income tax would be paid on part of that amount (subject to a maximum in order to avoid undue financial hardship).

The Committee makes these observations in order to encourage Canadians to "think outside the box." For example, if one concludes that additional funds are needed to provide health care, particularly to people who otherwise do not receive services such as drug therapy and home care, then it might be important to consider such options as a health care premium, or some form of post-service income graduated payment.

THE TRANSFER OF FUNDS FOR THE PROVISION OF HEALTH SERVICES ADMINISTERED BY OTHER JURISDICTIONS

The Committee proposes that the objectives of the federal government's financing role in health and health care should be:

- *To provide a stable level of funding that ensures the sustainability of Canada's health care system and that fosters reform and renewal;*
- *To ensure that every Canadian has timely access to all medically necessary services regardless of their ability to pay for those services;*
- *To ensure that no Canadian suffers undue financial hardship as a result of having to pay health care bills;*
- *To ensure that the four patient-oriented principles of the Canada Health Act (universality, comprehensiveness, accessibility, and portability) are applied.*

4.2 Objectives of the Research and Evaluation Role for the Federal Government

The Committee believes that the following three objectives ought to apply to the research and evaluation role of the federal government:

- To foster the development of a solid base of innovative health research in Canada that compares favourably with that of other countries in terms of both health research funding levels and health research outcomes;
- To encourage the foundation of a knowledge-based health care sector by facilitating the transfer of knowledge from the research community to public policy makers, health care providers and the general public;
- To provide appropriate financial support for joint federal, provincial and territorial initiatives that will encourage and facilitate innovation and advancement in health care delivery through pilot and evaluation projects.

In proposing these objectives the Committee recognizes that they are relatively non-controversial. Indeed, the federal role in health research has existed for over four decades. The main concern raised in this regard during the Committee hearings was that Canada's expenditures on health research were low in comparison with other industrialized countries. It was recommended that the federal share of total spending on health research should be increased to 1% of total health care spending from its current level of 0.5%. In the view of several witnesses who testified before the Committee, this would bring the level of the federal contribution to health research more in line with that of central governments in other countries.

Similarly, federal support for reform of the primary care sector that was announced as part of the federal/provincial agreement in September 2000, is an excellent

example of action being taken in relation to the second objective listed above. The Health Transition Fund (1997-2001), a federal initiative supporting provincial and territorial pilot projects in fields such as integrated service delivery, is another good example of federal government intervention as part of its research and evaluation role. These programs are well accepted by provincial governments and enhance our understanding of the impact of reform in health care delivery.

FUNDING INNOVATIVE HEALTH RESEARCH AND EVALUATION OF INNOVATIVE PILOT PROJECTS

The Committee proposes that the following objectives should apply to the second role of the federal government:

- *To foster the development of a solid base of innovative health research in Canada that compares favourably with that of other countries;*
- *To encourage the foundation of a knowledge-based health care sector by facilitating the transfer of knowledge from the research community to public policy makers, health care providers and the general public;*
- *To provide appropriate financial support for joint federal/provincial/territorial initiatives that will encourage and facilitate innovation and advancement in health care delivery through evaluation of pilot projects.*

4.3 Objectives of the Infrastructure Role for the Federal Government

The Committee proposes the following objectives for the third federal role in health and health care:

- To lay the foundation for evidence-based decision-making in areas that affect both well-being and the delivery of health care, while ensuring the protection of privacy, confidentiality and security of personal health information;
- To monitor the health of the population and the state of the health care system and to report these findings to Canadians;
- To develop, in collaboration with the provinces and territories, an appropriate structure and process to ensure greater accountability in the system;
- To assist provinces and territories in financing needed health care infrastructure, such as new medical technologies and the costs related to their ongoing operation;
- To co-ordinate, in collaboration with the provinces and territories, the planning of human resources in health care.

The first objective under this federal role relates to the development of a health infostructure. The health infostructure that has already been envisioned by the federal government will enhance health care delivery and allow for the sharing of health-related information by connecting health care providers, facilities, communities and patients across the country to. Telehealth, electronic health records and Internet-based health information will be the main building blocks of the pan-Canadian health infostructure. This is certainly an ambitious and costly undertaking which will take years to bring into being. Most experts believe, however, that it is essential to do so if we wish to acquire sound information on the health of Canadians, the state of our health care system, and on the efficiency and effectiveness of health service delivery and distribution. Privacy, confidentiality and security issues are of paramount importance in the development of a Canadian health infostructure.

The second and third objectives given above may well be more problematic for some people who feel that there should be no role for the federal government with regard to establishing the accountability of provincially delivered programs. The Committee rejects this view. We believe that, given the substantial amount of money the federal government contributes to the provinces for health care delivery, accountability to federal taxpayers requires that the government understands how well, or how poorly, their contributions are being spent.

In addition, the Committee believes that making available to Canadians the information that is necessary to enable them to compare the performance of the health care delivery systems across the country can only contribute to enhancing the overall quality of Canada's health care system. The affirmation of a role for the federal government in this regard is not meant to tread on provincial prerogatives, but rather to allow all Canadians to judge how their tax dollars are being spent, including by the federal government in its role of provider of services to specific population groups.

The last objective the Committee wants to propose for the infrastructure federal role would help ensure that Canadians have timely access to medical equipment and that sufficient resources are provided to cover operation and maintenance costs.

SUPPORT FOR THE HEALTH CARE INFRASTRUCTURE AND THE HEALTH INFOSTRUCTURE

The Committee proposes that the following five objectives should apply to the third role of the federal government:

- *To lay the foundation for evidence-based decision-making in areas that affect both well-being and the delivery of health care, while ensuring the protection of privacy, confidentiality and security of personal health information;*
- *To monitor the health of the population and the state of the health care system and to report these findings to Canadian stakeholders;*
- *To develop, in collaboration with the provinces and territories, an appropriate structure and process to ensure greater accountability in the system;*
- *To assist provinces and territories in financing needed health care infrastructure, such as new medical technologies and the costs related to their ongoing operation;*
- *To co-ordinate, in collaboration with the provinces and territories, the planning of human resources in health care.*

4.4 Objectives for the Population Health Role of the Federal Government

During Phase Two of its study, the Committee held specific hearings on disease trends and was told that the pattern of diseases had changed significantly during the 20th century, shifting away from infectious diseases and towards non-communicable diseases. Chronic diseases such as cancer and cardiovascular disease are now the leading causes of death and disability in Canada, while unintentional injuries are the third most important cause of death. The overall economic burden of illness is significant in Canada: it was estimated at $156 billion in 1998.

The Committee was told that many of the causes of disease, disability and early death are preventable, or at least deferrable, and that people should not only be able to live longer lives, but also to spend more of their lives disability free. It has been suggested that increasing efforts in the area of health promotion and disease prevention, with a particular focus on Canadians with low incomes and low levels of education and literacy, should become key areas of public policy if we are to improve the overall health status and contain health care costs.

The Committee believes that the federal government has an important role to play in the fields of health protection, health and wellness promotion and disease prevention. Accordingly, we believe that the following objectives ought to apply to the population health role of the federal government:

- With respect to health protection: to strengthen our national capacity to identify and reduce risk factors which can cause injury, illness, and disease, and to reduce the economic burden of disease in Canada;
- With respect to health promotion and disease prevention: to develop, implement and assess programs and policies whose specific objective is to encourage Canadians to live a healthier lifestyle;
- With respect to wellness: to encourage population health strategies by studying and discussing the health outcomes of the full range of determinants of health, encompassing social, environmental, cultural and economic factors.

The Committee recognizes that there are important difficulties associated with the evaluation of health outcomes, because many factors, and not only the quality of the available health services, affect an individual's state of health. These factors often take many years to manifest themselves, and it is well known that the political world responds much more readily to shorter-term than to longer-term concerns. It is also a very complex matter to locate the precise factors that lead to specific health outcomes, since these are often the result of the interaction of multiple causes.

But there is also considerable evidence that health promotion, illness prevention and policies that are concerned with the overall well-being of the population improve health

outcomes, and may also contribute to a more effective deployment of health and health care resources. While the fiscal constraints (see below) under which the health care system operates make it essential that the programs selected be those which give the greatest return for each dollar spent, the Committee believes it is essential that the federal government invest heavily in this area.

HEALTH PROTECTION, HEALTH AND WELLNESS PROMOTION AND ILLNESS PREVENTION

The Committee proposes that the following objectives ought to apply to the population health role of the federal government:

- *With respect to health protection: to strengthen our national capacity to identify and reduce risk factors which can cause injury, illness, and disease, and to reduce the economic burden of disease in Canada;*
- *With respect to health promotion and disease prevention: to develop, implement and assess programs and policies whose specific objective is to encourage Canadians to live a healthier lifestyle;*
- *With respect to wellness: to encourage population health strategies by studying and discussing the health outcomes of the full range of determinants of health, encompassing social, environmental, cultural and economic factors.*

4.5 Objectives for the Service Delivery Role of the Federal Government

The *Constitution Act, 1982* recognizes three groups of Aboriginal peoples – Indians, the Inuit and Métis. The Indian population includes both status and non-status Indians. The *Indian Act* sets out the legal definitions that apply to status Indians in Canada: status Indians are those registered under the Act, while non-status Indians are not registered under the Act. The Métis are of mixed Indian and European ancestry. The Inuit live primarily in Nunavut, the Northwest Territories and northern parts of Labrador and Quebec. The Inuit are not covered by the *Indian Act*, but, following a 1939 decision of the Supreme Court of Canada, they do receive certain benefits from the federal government.

The responsibilities of the federal government with respect to Aboriginal peoples are to status Indians living on reserve and the Inuit. The federal government provides health services to status Indians living on reserve and the Inuit, while the health care needs of the other Aboriginal peoples are seen as the responsibility of the particular province or territory where they reside. Other services and programs provided by the federal government to status Indians living on reserve and the Inuit include social assistance, schools, infrastructure (such as water and sewer services), housing, public health, etc.

Canada's total Aboriginal population was estimated at 1,399,500 in 2000. Currently, 12 federal government departments offer programs for Aboriginal peoples. Total expenditures for these programs are estimated at $7.3 billion for 2001-2002. Despite a large

federal investment targeted at improving the health and well-being of Aboriginal peoples, very significant health and socio-economic disparities persist between the Aboriginal population and the broader Canadian population. Furthermore, during the Committee hearings, status Indians off-reserve, non-status Indians and the Métis stressed that their unique health care needs often fall between the cracks of public policy.

The health of Aboriginal Canadians is a national disgrace. The Committee believes that, given its constitutional responsibilities, the federal government must take leadership and act immediately to reverse the poor health and socio-economic conditions that plague many Aboriginal communities. Therefore, we propose the following objectives with respect to the direct provision of health services:

THE DIRECT PROVISION OF HEALTH SERVICES TO ABORIGINAL CANADIANS

The Committee proposes that the following objectives ought to apply to the service delivery role of the federal government.

- *To take a leadership role in ensuring inter-jurisdictional co-ordination of health care delivery to all Aboriginal peoples;*
- *To ensure adequate access to culturally appropriate health services and ensure the full participation of the Aboriginal population in the design and implementation of these services;*
- *To implement and sustain population health strategies specifically designed for Aboriginal peoples.*

4.6 Constraints on the Role of the Federal Government

There are two major constraints on the federal government with respect to how it can meet the set of objectives outlined above – one is constitutional, the other is fiscal.

With respect to the constitutional constraint, it is generally accepted that the delivery of health care to Canadians at large is a matter of provincial/territorial jurisdiction. The federal government is not responsible for the administration and delivery of health care except in the case of specific groups of people, such as the First Nations and the Inuit. This constraint clearly has an impact on the scope of future federal interventions and means that much federal, provincial and territorial negotiation will have to accompany any new initiatives.

In terms of the fiscal constraint, a few brief points are worth noting. First, the selection of one federal health care strategy over another will be influenced by the capacity and political willingness of governments at all levels to raise additional revenue and on the willingness of taxpayers to pay to generate this extra revenue. Government fiscal capacity combined with taxpayers' willingness to pay will determine the types of program that can be

launched, and whether such programs will be broad universal ones or more narrowly targeted programs. Public opinion polls suggest that Canadians have mixed views on whether they are prepared to pay higher taxes to improve the health care system. While cuts to personal income tax are important to Canadians, reinvesting in health care is also rated as a high priority.

Related issues concern the most appropriate means for generating additional revenue if it does not come from the general tax base: should it come from health care premiums, user charges, a surtax on income? Should the health care costs incurred by an individual be added to his/her taxable income? These options will be addressed in more detail in Chapter 8.

It is also important to recognize that additional investment in the field of health and health care will involve significant trade-offs between competing objectives. How much should we spend on health care versus how much should be devoted to wellness promotion and illness prevention? Should we spend less on treating illness and more on population health strategies such as early childhood development, literacy, housing, environment, income distribution, etc.?

What new programs should be developed (if any) and how they should be financed are some of the policy issues raised in the options sections of this report. However, when considering these issues it is worth remembering that other countries, and not just the United States, already spend a higher proportion of their GDP on health care than does Canada. For example, while health care expenditures in Canada account for 9.5% of GDP, this is below both Switzerland (10.4%) and Germany (10.6%). It is also worth noting that many countries with a similar share of public health care spending provide coverage that is much broader than Canada. This has usually been achieved with the participation of the private sector in a variety of ways that have included the imposition of user charges or the involvement of private insurance.

Moreover, health care spending as a percentage of GDP in Canada has declined since its peak of 10% in 1992. This downward trend has since been reversed and, from 1998 on, the share of the GDP devoted to health care has been stable at 9.3%. However, some witnesses (including the Honourable Marc Lalonde, former federal Minister of Health and of Finance) argued before the Committee that it may be necessary for Canadian expenditures on health care to return to the 10% level if the objectives of the first federal role in health care are to be met. Others have suggested that the share of public health care funding be set at a predetermined level. The desirability of implementing suggestions such as these is discussed in greater detail in the options chapters of this report.

CHAPTER FIVE:

A 21ST CENTURY CONTEXT FOR HEALTH CARE POLICY

The constitutional and fiscal constraints discussed in section 4.6 are not the only contextual factors that must be taken into account as we examine the options for health care reform in Canada. Health care is a service sector industry, and the very shape and form of many such industries have undergone significant changes in the closing years of the 20th century.

Indeed, it is possible to trace the outlines of what a 21st century service sector looks like. Three main characteristics stand out for our purposes:

- The development of larger organizational units that allow for economies of scale, along with the ability to provide customers with the 7/24/365 service which they are increasingly demanding (service seven days a week, 24 hours a day, every day of the year).
- The emergence of specialized organizational units, that focus on providing a limited range of services, but deliver them very efficiently and with higher quality than units that provide a wider range of services.
- A strong focus on the consumer, since repeated market research studies have shown that consumers are demanding more than ever before: they want both timely service and high quality service.

The current organizational structure of the health care industry in Canada does not reflect any of these three characteristics. Indeed, one of the witnesses at the Committee hearings described the primary care sector as structured like a 19th century cottage industry rather than a 21st century service industry because it consists largely of individual businesses (physician practices). The fact that these are not clustered together into group practices means that providing more extensive services, such as making care available 7/24/365, is impossible.

Also, specialization of the health care industry into service units that can deliver a narrow range of services has generally not occurred. There are, of course, a number of exceptions, including laser eye clinics and a very limited number of specialized hospitals, such as the Shouldice Hospital in the Toronto area which only performs hernia operations (and is reimbursed at the regular provincially insured rate).

The major delivery system in the health care sector in Canada remains the unspecialized general hospital. While these will always be needed, it is also important to investigate the benefits that could arise by making specialized delivery units a more important part of a modernized health service delivery system. This, of course, requires a major trade-off between quality of care and accessibility to health services.

With respect to the third characteristic of a 21st century service sector industry – a strong focus on timely and high-quality customer service – little has been done. In fact, long waits for certain kinds of treatment is the complaint most often voiced by Canadians with regard to the health care system. This is obviously not timely service.

By remaining fixed largely on the quantity of inputs (particularly on the amount of public money going into the system, and on the number of physicians and nurses) rather than on quality measures of system outputs, attempts at evaluating the functioning of the health care sector remain at odds with the customer service orientation of a modern service industry. Yet, using money spent as a measure of the quality of a health care system is clearly erroneous. The United States has the highest per capita spending on health care, but, when measured in terms of many health indicators such as infant mortality, life expectancy and potential years of life lost, it can been seen to have one of the lowest quality systems of any OECD country.

Measurement of system outputs or outcomes are just being developed, and inter-provincial comparisons of system performance are only now starting to be published by the Canadian Institute for Health Information. The whole field of outcome measurements is in its infancy, not only in Canada but elsewhere as well. Much remains to be done.

The Committee believes that many of the problems facing the health care sector can be successfully addressed only if the industry is prepared to transform itself into a 21st century service industry, rather than remaining mired in a 19th century structure and outlook. As part of its role dealing with the health care infrastructure (see Chapters 10 and 11), the federal government could provide assistance to encourage this transformation.

5.1 Reforming Primary Care: A Step Toward a 21st Century Structure

Although not a direct federal responsibility, the way in which health services are organized for delivery within each province has a direct impact on the overall efficiency and effectiveness of the health services Canadians receive. For this reason, the Committee believes that it is important to take into account the changes that are expected to occur in the near term with regard to primary care reform. Furthermore, changing the way primary care is delivered opens up other potential changes to the health care system and hence other options for reform. (More information on primary care reform is provided in sections 8.2.2, 8.5 and 11.4.)

The need for significant changes to the way primary health care is delivered has been the principal thrust of the recommendations of a number of provincial health care reviews, notably the Sinclair Commission Report in Ontario, the Clair Commission Report on health care delivery in Quebec and the Fyke Report on health care delivery in Saskatchewan. In fact, the importance of changing the way primary care is delivered is so widely established that the federal government agreed, in September 2000, to contribute $800 million to help the provinces achieve reform of the primary care sector.

For the federal government, the issues relating to primary care fall mainly under its role in contributing to innovative health research and enhancing the health care infrastructure, but they also touch on its other roles as well.

In the first place, decisions concerning the optimum use of public resources have important implications for the overall level of funding required to sustain our health care system. For example, if the organization of group medical practices allowed patients to access their family physician's group practice seven days a week (as recommended in both the Clair and Fyke reports), this could lead to a decline in the use of expensive emergency wards in hospitals, with potential savings for the system as a whole.

Similarly, many of the reforms being mooted for the primary care sector touch on the extent to which health promotion and disease prevention (the population health federal role) should be integrated into the delivery of health services.

Moreover, if primary care reform includes moving physicians from a fee-for-service payment system to a capitation payment system, or to a mixture of capitation and fee-for-service, then more options for modernizing the health care system would become possible,[3] including the expansion of the number of services that are covered by public health care insurance. For example, physiotherapy services, chiropractic services and potentially even drug therapy could be supplied by a health care unit remunerated under a capitation or a combined capitation and fee-for-service scheme.

Such a system would also help ensure that everyone receives treatment in the most efficient way possible. Primary care reform involves not only changing the way in which physician services are provided, but also altering the way in which an individual's initial contact with the health care system is handled. For example, under a capitation remuneration scheme, it becomes possible for a nurse practitioner to handle certain cases that would otherwise have to be handled by a physician under fee-for-service payment systems.

For all the reasons outlined above, the Committee feels it is important that the federal government continue to play a role in assisting the provinces and territories in the restructuring of primary care delivery. In fact, we believe that primary care reform is one of the most critical steps that need to be taken in order to modernize Canada's health care system.

[3] Capitation refers to a payment system in which a health care unit receives an annual payment for each individual for which the unit is responsible for providing service. The amount of the payment may depend on the age and medical history of the individual, but not on the number of service calls the individual makes to the unit during the year.

5.2 Health Care: Different from Other Goods and Services

It is important to note that, while the health care industry must adapt to the reality of a 21st century service sector industry, one fact remains: health care does not respond to market incentives as do other goods and services. In the terms used by economists, health care is subject to a number of "market failures". In a free marketplace, resources are allocated according to the law of supply and demand. The resulting price levels ensure optimal allocation of resources when certain conditions related to supply and demand are met. However, these conditions are largely absent in the area of health care.

More precisely, there are three key differences between health care and other goods and services. The first market failure in health care relates to the lack of "consumer sovereignty". While individuals initiate the first contact with the health care system, it is providers who then determine the volume of diagnostic tests, visits to specialists and the needed prescription drugs. In other words, an individual cannot obtain hospital surgery or radiation therapy without the recommendation of a licensed provider. Thus, resource allocation in health care is not a simple function of the interaction between supply and demand as it is in a free marketplace. In fact, health care providers can affect demand in a way that is impossible in just about any other industry.

Second, there is a problem of "asymmetry of information" between the health care provider and the consumer because consumers are generally unable to determine for themselves the type of health services they need. Health care providers have a very large advantage over consumers in that they have the professional knowledge to determine what is best for their patients. Therefore, in a free health care market, this asymmetry of information leaves open the possibility of exploitation of consumers by providers. Health care providers can be placed in a situation of conflict of interest if they recommend care at the same time as they make their own living from it.

The third market failure relates to the "uncertainty of illness". Marketable goods – such as food and shelter or TVs and VCRs – can be properly budgeted for. This contrasts sharply with health care. Because illness is unpredictable, the demand for health care is likewise uncertain. Individuals cannot easily determine in advance an optimal pattern of health care use in a given year as they might do for food. More importantly, health care costs can also be enormous. Very few people can manage health care costs on their own.

Health care insurance, either public or private, is the response to such uncertainty. In Canada, as in many other OECD countries, governments have favoured public health care insurance over private insurance. The reason is that private insurance is also subject to market imperfection. The sources of failures in private health care insurance markets include adverse selection, moral hazard, and economies of scale.

Moral hazard and adverse selection are somewhat distinct, but they have similar implications for private insurers in that they both relate to a private insurer only agreeing to insure "good risks". "Moral hazard" refers to the fact that individuals are more likely to purchase insurance if they think they are more likely to use services. "Adverse selection" refers to the fact that insurers seek to avoid individuals most likely to cost them money. In response to both situations, private insurers may either refuse to provide coverage or charge higher premiums. Therefore, in a private insurance market, individuals with health problems may face higher premiums or reduced coverage. Similarly, economically disadvantaged individuals would have to assume a relatively higher proportion of health care costs for an equivalent set of premiums. This contrasts with public health care insurance, which guarantees access to insurance, regardless of the individual's state of health and ability to pay.

In addition, there are inherent economies of scale in the field of insurance. While some costs (such as the payment of claims) depend on volume of business done, others (such as rate setting) are the same regardless of the number of people insured. In general, large insurers will face relatively lower costs than small carriers. A single insurer (or single payer), for whom claims payments and data handling are centralized, greatly benefits from these economies of scale through relatively low administrative costs. When the single payer is public, even more administrative costs may be eliminated if no premiums are collected and the required funds are drawn from general government revenue.

Overall, market failures and considerations of equity and fairness explain much government involvement in health care. As stated above, many countries including Canada have preferred a stronger role for the public sector in the field of health care insurance. Countries that permit private health care insurance, such as Australia, the Netherlands and Sweden, also control the private market to a great extent by regulating the level of premiums, co-payments and deductibles that can be charged by private insurers.

CHAPTER SIX:

OBSERVATIONS ON CHOOSING AMONG OPTIONS

6.1 The Need to be Financially Realistic in Choosing Options

The Committee's primary objective in undertaking a study of the role of the federal government in the health and health care fields was to help launch a public debate on the policy options that the federal government should choose in order to effectively address the challenges it faces in these areas. This report is the Committee's vehicle for launching this debate.

In the remaining sections of this report we outline a series of options that are available for responding to the challenges confronting the health care system in Canada. These options are based on the evidence gleaned from the Committee's hearings as well as from the documentation made available to the Committee. While we do not claim to have produced an exhaustive inventory of options, the Committee did hear from a wide range of stakeholders and experts and was able to canvas a broad range of opinions. Hence, we believe that our range of options covers the spectrum of opinions reasonably well.

As we have already said, we hope that when choosing their preferred option, readers of this report will be explicit about the public policy objective their preferred option is designed to help achieve. We also hope that readers will take into account the linkages among options. In some instances choosing one option may make the choice of other options impossible, or at least very difficult, while other options, in contrast, might in fact achieve the desired objective only when selected together.

In addition, the fiscal constraints described previously clearly have an impact on the set of options which, when taken together, are feasible (unless, that is, the set of options also envisages new sources of funding). Therefore, if readers of this report foresee any expansion of services in the health care field, it is incumbent on them to also state a preference for how such an expansion should be funded.

6.2 The Desirability of a Non-Ideological Debate

It is the Committee's hope that the way in which it has set out these options will help to focus the debate on reforming Canada's health and health care policies and programs around realistic options for change. In this spirit, it is worth highlighting a few general observations about the state of this debate in the country today.

It is clear to the Committee that it is absolutely essential that the debate progress beyond political rhetoric. In considering options with respect to the current system, we raise some issues that are usually dismissed out-of-hand in any discussion of reform of the Canadian health care system. We raise them not to be deliberately provocative, but because we believe that Canadians can no longer avoid tough choices by resorting to simplistic statements about how the current system works, many of which are only partially true. We believe that maintaining a long-term sustainable health care system is too important for issues affecting that system not to be discussed openly and rationally. Of course, individual positions on these issues will very much depend on everyone's personal set of values. Indeed, it is precisely because these issues are value-laden that they provoke emotional and ideological responses.

It is important to look at experience acquired elsewhere in the world, since many other health care systems share similar characteristics to Canada's. International comparisons show that there are many feasible ways of balancing public and private involvement in the health care field that respond not only to the health care needs of people at large, but also make sense from an overall economic point of view. Clearly, this debate over how to balance public and private sector participation in health care is central to the future shape of the health care system in the coming years.

A second overarching dimension to the health care debate that overlaps with the public/private one concerns the overall level of spending that Canadians feel is appropriate. We currently devote about 9.5% of GDP to health care from both public and private sources. A few countries (Germany, Switzerland and the United States) spend more, while many spend less. Deciding on an appropriate level of spending as a percentage of GDP, setting it as a goal, and then figuring out how to divide that total amount between public and private sources are among the issues that Canadians need to resolve.

There are a number of competing imperatives, however. On the one hand, the cracks and strains inflicting our system are increasingly evident along two important fault lines: concerns over timely access to treatment and issues relating to the training, recruitment and retention of human resources in the health care field. Neither of these is a simple issue on its own, and the fact that they are inter-related and overlap with other complex issues make them extremely difficult to address. But there is an urgency to addressing them: health care providers are increasingly refusing to assume the brunt of responsibility for shoring up the system, and individual Canadians are becoming frustrated and angry as stories of unnecessary suffering caused by delays in getting care regularly appear in the press.

On the other hand, however, Canadians are rightly wary of further restructuring of the system simply to deal with the immediate pressures. The cost-cutting measures undertaken by every level of government in the 1990s succeeded in reigning in the escalation of health care spending (at least until the end of the decade). But it is arguable that the various stresses these cost-cutting measures placed upon the system are an indication that we are now living with the consequences of these decisions. Furthermore, Canadians are right to remain

proud of the system that has been built over nearly four decades, and prudence therefore dictates that reform be thoroughly debated and, only then, implemented carefully.

6.3 The Value of Understanding the Experience of Other Countries

Readers may find some consolation in the fact that Canadians are not alone in confronting complex health care issues. Everywhere in the world health care policy is thoroughly intertwined with the political, social, and even cultural life of each country. In Sweden and the United Kingdom, for example, major health care reforms were undone when another party with a considerably different political ideology replaced the government that put the reforms in place. As a result, many experiments in reforming health care systems have been abandoned before adequate time has been given to see how effective the reform would be. Others have been abandoned for ideological reasons even though they were successful!

Canadian experience has not been quite the same, largely because all major political parties support the current system and, as a result, have been unwilling (some would say fearful) of experimenting with changes to it. Nevertheless, as Claude Forget, a former Minister of Health in Quebec and an acknowledged expert on comparative health care systems, told the Committee that international experience should alert us to the dangers of a public system that is held hostage to the vagaries of political life, and that therefore fails to sustain a pragmatic, managerial approach to problem solving. It is safe to say that we have not yet found a way to encourage these kinds of approaches, and even that some aspects of our current legislative framework actively inhibit the type of experimentation that is required.

There are also many unknowns that could influence the shape of Canadian health care in the future. One of these is the eventual impact of various international and regional trade agreements. In Europe, for example, competition law that applies to all members of the European Union forbids monopolies, even in the health care and services sectors. This has put pressure on national legislatures to 'open up' their health care systems, and there are numerous experiments with forms of market incentives and competition that have been introduced into systems that remain predominantly publicly financed. It would therefore seem to be important for Canadians to adopt an open-minded approach to health care reform, and to consider the full range of available options, rather than to reject some of them out-of-hand.

CHAPTER SEVEN:

THE *CANADA HEALTH ACT*, TIMELY ACCESS TO TREATMENT, AND FAIRNESS

7.1 Introduction

It is a constitutional fact that, generally, health care is a matter of provincial/territorial jurisdiction. The federal government is not responsible for the administration and delivery of health care except to specific sub-groups of the population. In point of fact, Canada does not have a national health care insurance plan, but an interlocking set of 10 provincial and 3 territorial health care insurance plans.

However, through its financial contribution to provincial and territorial health care systems and its enforcement of the *Canada Health Act*, the federal government has helped shape public health care insurance plans across the country. To a great extent, the Act ensures that Canadians, no matter where they live, receive a reasonably comparable level of health care with relatively uniform terms and conditions.

The conditions imposed by the *Canada Health Act* are linked to the funds that are transferred by the federal government to the provinces and territories to assist them in providing public health care insurance. The Act dictates the terms upon which these federal cash transfers will occur. It does not regulate health care delivery.

There seems to be a consensus among experts consulted by the Committee that the *Canada Health Act* is constitutional, in that it does not interfere with the every day business of managing health care delivery and administering public health care insurance plans. It is worth noting that the constitutionality of the Act has never been challenged since its inception, some seventeen years ago. Nevertheless, the Committee's expert witnesses agreed that test cases on the constitutionality of the Act are likely to arise in the next few years.

Some implications of the *Canada Health Act*, however, remain difficult to assess. It is not always clear what the Act does, and more importantly, what it does not do. More specifically, three main issues have been raised about the Act. First, do Canadians have a right to health care, and if such a right exists, can it be found in the *Canada Health Act*? Second, to what extent, if any, are private health care provision and private health care insurance permissible under the *Canada Health Act*? And third, is "reasonable access" under the *Canada Health Act* meant to ensure that Canadians have timely access to needed health care services?

To examine these questions, the Committee convened a panel of constitutional lawyers, supplemented by the excellent constitutional expertise of some members of the Senate

who do not normally sit on the Committee. The results of the panel discussion, which are summarized below, have provided the Committee with some guidance in the development of proposals to address the three issues mentioned above.

7.2 Do Canadians Have a Right to Health Care?

As indicated above, the *Canada Health Act* specifies the conditions under which federal transfers are channelled to provinces and territories that comply with a set of terms and conditions. The Act does not make any mention, either explicitly or implicitly, of a right to health care. However, repeated public opinion polls have shown that there is a general perception among the Canadian public that there is a right to health care. So, when all is said and done, is there a legislated right to health care in Canada?

The *Charter of Rights and Freedoms*, as part of the Constitution of Canada, sets out those rights which are considered fundamental to Canadian society. The most likely sources of a Charter right to health care are to be found in sections 7 and 15 of the Charter. These sections state:

> *7. Everyone has the right to life, liberty and security of the person and the right not to be deprived thereof except in accordance with the principles of fundamental justice.*
>
> *15. (1) Every individual is equal before and under the law and has the right to the equal protection and equal benefit of the law without discrimination and, in particular, without discrimination based on race, national or ethnic origin, colour, religion, sex, age or mental or physical disability.*

Health care is not explicitly mentioned in the Charter. Thus, such a right, if it exists, would have to be found by the courts to be implied from the interpretation of one of the Charter rights. Experts told the Committee that the right to life necessarily implies the right to health and, therefore, the right to health care. Thus, a case can be made that the Charter guarantees Canadians an implicit right to health care. Justice Bertha Wilson also expressed this view when she stated: "(...) government has recognized for some time that access to basic health care is something no sophisticated society can legitimately deny to any of its members."[4] This is why experts told the Committee that they expected cases on the right to health care to arise in the next few years.

7.3 To What Extent, if any, is Private Health Care Provision and Private Health Care Insurance Permissible under the *Canada Health Act*?

Information provided to the Committee by Professor Martha Jackman suggests that the *Canada Health Act* does not prohibit the provision of private health care. Rather, it discourages the provinces, under threat of losing federal funds, from permitting health care

[4] Quoted in Martha Jackman, "The Application of the Canadian Charter in the Health Care Context", in *Health Law Review*, Vol. 9, No. 2, 2000, pp. 22-26.

providers to bill patients directly for amounts over and above what they receive for such services under provincial health care insurance plans. That is, it discourages so-called extra-billing.

Similarly, in order to obtain their full CHST cash contribution, provinces and territories must not allow hospitals to impose user charges on patients for insured hospital services. Thus, the Act only dictates the terms upon which federal cash transfers to the provinces will occur.

As such, the legislation does not prevent private, or for-profit, health care providers and institutions from delivering and being reimbursed for provincially insured health services, so long as extra-billing and user charges are not involved. The Act does not prevent the provinces from allowing private health care providers, whether individual or institutional, to operate completely outside the publicly funded health care system. Health care providers and facilities may opt out of the provincial plan and bill patients directly for the full cost of services provided, without any penalty being imposed on the province under the *Canada Health Act*. In these cases, patients are not eligible for reimbursement under provincial plans. Moreover, the *Canada Health Act* also effectively prevents individuals from purchasing private health care insurance to cover the cost they would incur in receiving service from a provider who had opted out of a provincial health care plan.

The *Canada Health Act* is intended to discourage the cross-subsidization of health care providers and facilities that provide medically necessary services funded partially by public health care insurance and partially by the patient. According to the federal government, this discourages the growth of a second tier of health care, which, it claims, could pose a significant threat to Canada's publicly funded health care system. (It should be noted, however, that parallel public and private health care systems exist in most other industrialized countries.)

Currently, some private clinics appear to be operating in a manner which is arguably quite close to the edge of the letter, and certainly to the spirit, of the *Canada Health Act*. A private MRI clinic, which treats both publicly funded and private patients, is viewed by the federal government as being consistent with the letter of the Act apparently because the government does not consider the person who performs the MRI to be a "doctor". Indeed, in some cases a technician, based on a recommendation from a physician carries out the MRI and the results subsequently go to a physician. Thus, the MRI service is not subject to the Act.

However, some would insist that this arrangement nonetheless confers an unfair advantage on patients who are able to pay for a private MRI. Once the physician has the results of the diagnostic test, according to this argument, patients are able to join the waiting list for the next procedure required by their treatment much faster than if they had waited in line for the public MRI. This situation, which is called "queue jumping", may undermine the principle of accessibility of the *Canada Health Act* which states that access to medically necessary health services should be based on need – not on means – and on uniform terms and conditions.

The federal government is monitoring this issue. In September and October 2000, Allan Rock, the Minister of Health, sent letters to the Alberta and Quebec governments in order to obtain more information with respect to MRI clinics operating in these two provinces. No decision has been made yet with respect to the compliance of both provinces with federal legislation.

The *Canada Health Act* requires provincial health-care insurance plans to be accountable to the provincial government and to be non-profit, thereby effectively preventing private health care insurance plans from covering services that are included under the publicly insured plan in the province. Private insurers are limited to providing supplementary health care benefits only, such as semi-private or private accommodation during hospital stays, prescription drugs, dental care and eyeglasses.

Overall, the *Canada Health Act*, along with provincial/territorial legislation, has prevented the emergence of a private health care system that would compete directly with the publicly funded one. It is simply not economically feasible for patients, physicians or health care institutions to be part of a parallel system.

This raises the following question: if a right to health care is recognized under section 7 of the Charter, and if access to publicly funded health services is not timely, can governments continue to discourage the provision of private health care through the prohibition of private insurance? To paraphrase Section 1 of the *Charter of Rights and Freedoms*: is it just and reasonable in a free and democratic society that government ration the supply of health care services (through budgetary allocations to health care) and, simultaneously, effectively prevent individuals from purchasing the service in Canada?

The answers given to this question by the panel of constitutional experts were mixed. They stressed that this issue is not only a legal question. It is, above all, a question of fairness. Is it fair to deny someone, who could afford to purchase a health service, the right to make such a purchase? Conversely, is it fair to those Canadians who do not have the means to purchase health care to allow others to do so? Where one considers fair in this matter is something for readers of this report to decide for themselves.

What is clear, however, is that any option for the reform of current arrangements that includes a private sector that is able to compete effectively with the publicly funded sector would require substantial modifications to the *Canada Health Act*.

7.4 Timely Access and Waiting Times

The principle of accessibility of the *Canada Health Act* stipulates that Canadians should have "reasonable access" to insured health services. However, the Act does not provide a clear definition as to what constitutes reasonable access. Lately, the issue over access to health care has been associated with the problem of waiting lists and waiting times – that is, the

problem is one of *timely* access. "Timely" is, of course, a subjective word. What is timely to one person may be an eternity for another, particularly where illness is involved. Nevertheless, the Committee believes that "timely access" describes more accurately what the public expects from the health care system than "reasonable access".

The problem of waiting lists is not unique to Canada. In the course of its international comparative study, the Committee learned that many countries – including Australia, Sweden and the United Kingdom – experience waiting line problems, and that in several countries people wait somewhat longer than they do in Canada.

Although there is no doubt that some Canadians wait too long, the lack of accurate information on waiting lists remains a major problem. In fact, there is no standardized data on waiting lists. Nor is there a uniform method for establishing and maintaining waiting lists in Canada or any agreed "scientific" rules for when patients should be placed on a list, or a definitive consensus on how long patients should be allowed to remain on waiting lists.

Obviously, there is an urgent need to implement an appropriate process for developing and managing waiting list information. In the meantime, however, Canadians are quite unhappy with the amount of time they have to wait to see a specialist, obtain a diagnosis or to receive treatment as an in patient or out patient. This unhappiness grows as both perceived and real waiting lines grow.

Since we do not have consistent and coherent data across the country, we cannot paint a precise picture of all of the factors that contribute to the lengthening of waiting lists. We do know, however, that some waiting lines are better managed than others. The Cardiac Care Network of Ontario, for example, manages its waiting lines well. For other illnesses, waiting lines are not managed nearly as well. In addition, the length of waiting time depends on where a patient lives in the province.

Throughout the Committee's hearings, a number of questions were raised with respect to this problem:

- What can be done about the lack of reliable information on waiting lists?
- Could renewing outdated diagnostic and clinical equipment shorten waiting lists?
- How do shortages of health care personnel affect the length of waiting lists?
- Does the absence of competition among health care providers exacerbate the problem of waiting lists?
- Does the absence of firm commitments to guarantee treatment within a specified time frame mean that waiting lists are allowed to grow unchecked?

- Could waiting times for publicly funded services be shortened by introducing or increasing access to private care for those who wish to pay?

Clearly, the problem of waiting times and waiting lists is a complex one, touching many other issues. The shortage of human resources, the lack of medical equipment, and the insufficiency of information will be addressed in subsequent parts of this report. However, at this point it is worth noting some of the observations that are often made about the problem of timely access.

First, if waiting lines are caused by a shortage of physicians and other health care providers, as evidence before the Committee strongly suggests they are,[5] at least in part, then allowing a private parallel system will not reduce the total waiting time between the two lines, and may even make the public waiting lines worse. This is because, in this case, the bottleneck is the number of service providers and not the number of medical facilities, such as equipment or hospital beds, so increasing the latter will have no effect on the total length of the waiting line, and siphoning off a finite number of health care personnel to service private patients will mean that fewer are available to care for the public ones.

Second, even if the supply of human resources is not the problem, experience from other countries shows that allowing the creation of a parallel private system does not shorten the waiting lines in the public system. Among the reasons for this is the fact that health care providers (e.g. physicians) and/or patients use the waiting lists for somewhat less urgent cases than they might otherwise have done.

Suppose, for example, that the current rule for deciding that a patient goes on the waiting list for a cataract operation is that the patient has lost 50% or more of the sight in an eye. Experience in other countries has shown that introducing a parallel system could cause ophthalmologists to start putting people on the waiting list for a cataract operation when they have, for example, lost only 30% of their sight. Therefore the publicly funded waiting list actually grows with the establishment of a parallel private system.

Third, opponents of the creation of a parallel system reject what they usually call "a two tier" system, that is, a system in which patients in the private system receive expedited service or qualitatively superior care. Here it is advocates of a single system who invoke the "fairness" argument. They argue that health services should be provided exclusively on the basis of need, and that the introduction of a second-tier of care that would only be available to the minority of the population with the personal resources to pay for them, goes against the principles of equity and fairness. This criticism suggests that Canada does not have any elements of "a two tier" system at the present time. Is this true?

[5] See the Committee's Phase Two report for a more detailed discussion of health human resource issues.

People who can afford it can, and do, already go out of Canada (usually to the United States) to receive the medical services they require if their only alternative is a long waiting line in Canada. There is also, strong anecdotal evidence that suggests that the situation in Canada is similar to that in Australia where, in the words of one of the Australian witnesses who testified before the Committee: "access to public (health) services is usually more easily obtained by wealthier and more powerful individuals who understand how the system works and have appropriate contacts in hospital service delivery and administration".

In addition, provincial Worker's Compensation Boards in most provinces receive preferred access to treatment for their clients on the argument that they need to ensure the client goes back to work quickly (and not, incidentally, to save the WCB money). In some provinces, the Boards have contracts with hospitals for a specified number of beds and diagnostic procedures ensuring quick access. They also make direct payments to physicians for the services performed and these payments do not count toward any cap on a physician's income which may exist in the province.

All this suggests that the Canadian system is not nearly as "one tier" as most Canadians believe, or as most government spokespersons claim. Whether this constitutes an argument for a more open "two tier" system is an issue for readers of this report to decide. (See sections 7.5.1 and 8.6 for further comments on a two-tier system.)

7.5 How Can "Timely Access" to Health Care Be Ensured?

There are many ways in which the problem of timely access might be tackled, ranging from changes that do not alter the structure of the current health care system to those that entail substantial structural modifications.

The changes that might be made without changing the structure of the current system include:

- Increasing the quality of screening by family physicians to ensure that referrals for specialized services, including diagnostic tests, are given only to patients who really need them;
- Providing information to family doctors and their patients about the specialists with the shortest waiting periods;
- Establishing specialist group practices to share the workload and increase the hours during which service is available.

Another option, which involves a certain amount of systemic change, and which has been used very effectively in Sweden, is to introduce incentives into the system to encourage greater efficiency, particularly in the hospital sector.

7.5.1 "Care Guarantee"

In Sweden, in 1992, the national government introduced the "care guarantee", which established a maximum waiting time not exceeding three months for diagnostic tests, certain types of elective surgery (treatment for coronary artery disease, hip and knee replacements, cataract surgery, gallstone surgery, inguinal hernia surgery, surgery for prolapse and incontinence). Subsequently, maximum waiting line guarantees were introduced for consultations with primary care doctors (8 days) and specialists (3 months). If the maximum waiting time was reached, the patient was given the money to go elsewhere in Sweden, or to another country, to obtain the required medical service. The money to pay for this treatment came from the county government (roughly equivalent to a provincial government as far as health care is concerned) which in turn took it out of the money that would otherwise have gone to the offending hospital. The care guarantee was responsible for a substantial reduction in waiting, to the point where waiting lists "ceased to be a political issue".[6]

Note also that in the Swedish model there is no second tier of patients. Everyone is treated the same with regard to the "care guarantee."

The national government has also enacted legislation giving patients the right to choose their family doctor and the hospital in which they receive treatment. Prior to this reform, patients requiring hospital treatment could only receive it in the hospital to which they were assigned, that is, the hospital serving the area where the patient resided. When a patient elects to receive care in a hospital other than the one to which he/she was originally assigned, a specified sum of money can be transferred from the budget of the assigned hospital to the treating hospital. County councils thus have to pay for services provided to their residents by another county council. The general publicattach great importance to the enhanced freedom of choice under the new legislation. Many observers also claim it has produced a major change in the way patients scheduled for surgery are treated, as an incentive is created for each hospital to attract patients from other ones, or to prevent patients from going elsewhere.

An in-depth assessment of the results of Sweden's experience with the "care guarantee" would have to take into account all the dynamics that are particular to that country and its culture, but it is nonetheless interesting to note that when there was a change in government and the newcomers eliminated the "care guarantee", waiting periods lengthened.

Clearly, people respond to certain types of incentives by being more productive and operating organizations more efficiently, and this has nothing to do with whether the organization is in the public or the private sector. Virtually all hospitals in Sweden are public sector institutions.

---

[6] Quoted in Ake Blomqvist, "International Health Care Models: Sweden." Document prepared for the Committee, May 2001, p.19.

The Swedish example thus raises the issue of whether the Canadian system should be modified to allow, or even encourage, competition between hospitals. And, if so, should all hospitals continue to be public institutions (or more precisely private not-for-profit institutions) or should private, for-profit hospitals or clinics be allowed to compete with public ones? (It must be noted that the conditions of the *Canada Health Act* would still be met even if all hospitals in a province were private institutions, as long as it remained a single payer system.)

If private, for-profit medical institutions are allowed, standards would have to be put in place to ensure the quality and safety of patient care received at the institution. This is clearly not an insurmountable task, since private hospitals exist in every major industrialized country. (Canada is the only major country with a 100% publicly funded hospital system.)

Also, conditions might have to be placed on the types of procedures such private sector institutions could carry out (for instance, joint replacement would probably be acceptable but heart bypass surgery might not). Thus, these private institutions would most likely be highly specialized clinics (like the Shouldice Hospital or laser eye clinics), each offering a very limited range of services, but doing so efficiently precisely because they are specialized.

One potential option would be the Swedish "care guarantee" model with private clinics competing with each other and with public hospitals when the maximum waiting period for a procedure has expired.

A second option, which would involve more systemic change, would be to allow patients to go to the private clinic before the expiry of the maximum waiting time allowed under the "care guarantee". In such a situation, patients would have to pay the entire cost of the procedure out of their own pockets (unlike the Swedish "care guarantee" option in which public funding would pay the cost at the end of the maximum waiting period.). Presumably, as well, people would be allowed to purchase insurance to cover the cost of paying for the service in a private clinic. Thus, one would have what is usually called a " two tier " system – similar to the two tier systems that exist in virtually all other industrialized countries (see Section 8.6 for further observations on a two tier system).

7.5.2 Patient's Bill of Rights

A final option to address the problem of timely access would be to introduce a Patient's Bill of Rights.

In recent years, the patient's bill of rights or the patient's charter, as it is known in some jurisdictions, has been introduced in response to increasing concerns about the quality and timeliness of health care. New Zealand, for example, has developed a Code of Health and Disability Services Consumers' Rights. Australia also has a form of patient's charter. As part of the agreements under which Australian Commonwealth government funds are transferred to State and Territorial governments for publicly funded hospital services, the latter have developed

Public Patients' Hospital Charters that outline a number of rights in relation to hospital services, including the right to:

- receive treatment on the basis of health needs, regardless of financial or health insurance status;
- have access to public hospital services regardless of place of residence in Australia;
- be treated with respect, compassion and consideration of privacy, taking into account the patient's background, needs and wishes;
- participate fully in health care decisions including admission, discharge and arrangements for continuing care;
- have a clear explanation of proposed treatment including risks and alternatives, before agreeing to the treatment;
- give informed consent (except in exceptional circumstances) before a procedure is carried out, including consent to participation in undergraduate health professional teaching or medical research;
- withdraw consent or refuse further treatment;
- have access to personal medical records;
- confidentially of personal information, unless otherwise provided by law;
- receive interpreter services where there is difficulty communicating with staff;
- comment or complain about health care and to be advised of the procedure for expressing concerns.

In some American states, laws also provide for patients' bills of rights in relation to the provision of health care services and cover many of these same issues.

In the United Kingdom, in an effort to reduce the number of complaints about long waiting periods for medical services, to alleviate concerns about the quality of care and the manner in which patients were being treated under the National Health Service (NHS), the government introduced the NHS Patient's Charter in the early 1990s. Comprised of individual rights and service standards (known as expectations), the NHS Patient's Charter dealt with access to health services and medical records, patient privacy, participation in medical research and the provision of information to patients.

The Charter standards (expectations) related to the manner in which services were provided and covered matters such as maximum waiting times for certain types of surgery, outpatient appointments, transfers to a hospital bed upon admission through an emergency department, ambulances and assessment upon arrival at an emergency department.

The NHS Patient's Charter was criticized on a number of fronts, however, and a review in the late 1990s concluded that a national charter should be replaced by local charters developed in hospital trusts, primary care groups and other community health services dealing directly with patients. Although the notion of a new national charter was rejected in the review, the concept of minimum standards for waiting times to provide timely access to health care was

not. Such standards (for example, two weeks for referral to a specialist for a first time referral for chest pain for suspected angina, no more than a 26 week wait for outpatient treatment) are now contained in a new document – an NHS Guide – that replaced the NHS Patient's Charter.

Even though there are issues surrounding the effectiveness of patients' charters, it is widely accepted that such bills of rights/charters promote the rights of health care consumers. It has been suggested that a patient's bill of rights/charter that includes standards or entitlements for timely access to appropriate diagnosis, treatment and hospital care could introduce a measure of accountability to consumers into the Canadian health care system, and make sure that the focus for the delivery of health services was on the patient. Patients would know what they could expect from the system. Armed with this information, they can make health care decisions about what is acceptable or unacceptable in their particular situation.

Adopting a bill of rights/charter at the provincial level would allow the standards or entitlements to be adapted to provincial circumstances and might even inject a degree of competition into health care delivery. Regional health authorities could even adopt their own version of such standards. This being said, however, given the national nature of Canada's health care system, many Canadians would not want to see wide discrepancies among provincial standards. It may therefore be appropriate for the federal and provincial/territorial governments to participate in the development of minimum standards for timely access to health care that would serve as the basis for provincial patients' bills of rights/charters.

There still remains the issue of how to overcome concerns about the effectiveness of patients' bills of rights/charters. Some type of monitoring and complaints intake and review process would be required.

As a further incentive to ensure that patients' bills of rights/charters are adopted, the federal government could make federal transfer payments to provinces and territories conditional upon the creation of provincial/territorial patient's bills of rights/charters along with appropriate monitoring and enforcement mechanisms.

CHAPTER EIGHT:

ISSUES AND OPTIONS FOR THE FINANCING ROLE

8.1 Introduction

Funding for health care in Canada, and indeed in all OECD countries, is the subject of intense debate around a number of questions. What is the appropriate level of public health care funding? What role should the private sector play in the financing of health care? What would be the best public/private mix for funding health care? In countries with federal political systems like Canada, there is also the question of how to balance the spending on health care between the various levels of government.

All health care systems are hybrids: they have a combination of public and private financing. During phase three of its study, the Committee was made aware of the substantial differences among OECD countries in terms of what they each cover under their public health care insurance schemes and how these are funded.

Our international comparative study indicated that the most comprehensive publicly financed systems are currently found in Germany, Sweden and the United Kingdom. The public share of total health care spending is greater in these three countries (with 84% in Sweden and the United Kingdom and 75% in Germany) than in Canada (70%). Many countries with a similar share of public health care spending to Canada – such as Australia and the Netherlands – also provide coverage that is much broader than is available in Canada.

In contrast to Canada, however, user charges for publicly insured services are required in Australia, Germany, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. Furthermore, private health care insurance that covers the same benefits as public insurance is available in these countries, while it is not in Canada. This raises the possibility that it is the way the participation of the private sector is organized in these countries that has enabled them to achieve broader levels of public coverage for health care.

In Canada, the debate over the affordability and sustainability of the publicly funded health care system is intertwined with the broader issues of which services should be deemed "medically necessary" and therefore subject to public coverage, who should be entitled to publicly funded health care and how these services should be paid for. The federal role in transferring funds for the provision of health care to the provinces and territories and in administering the *Canada Health Act* is central to this debate.

With respect to health care financing, the Committee has identified the following four broad issues:

i. What changes can be made to the way health care is delivered that could have an impact on the level of funding required?

ii. What should be the form of federal funding for health care?

iii. How should government raise revenue for the purpose of health care?

iv. What services should be covered and who should be covered under public health care insurance?

The options presented in this chapter are not intended to be exhaustive. Nor are they to be seen as mutually exclusive; elements from the various options can each be reconfigured in many different ways.

8.2 What Changes Can be Made to the Way Health Care is Delivered that Could Have an Impact on the Level of Funding Required?

In considering the future financing structure of health care, it is important for readers to reflect on the question of whether new financing sources are needed to make the system economically sustainable in the long run, or whether sufficient changes to the system can be made so that the resulting efficiencies will generate enough money to pay for future cost increases (caused by, among other things, demographic aging and increasing drug costs).

Many options for change were presented throughout the Committee's hearings during the first three phases of its study. While these options do not necessarily relate directly to the federal financing role, they may nonetheless enable savings that would have an impact on the overall level of funding required to sustain the system.

Several options for improving the efficiency of the current system are outlined in sections 8.2.2 through 8.2.5 below. The Committee believes that most, and probably all, of these changes ought to be made in the near future.

8.2.1 Improving Efficiency and Effectiveness

There are two schools of thought on the question of whether new financing sources are needed to make the health care system sustainable. Proponents of the first school contend that operating the health care system more efficiently will save enough money so that no new sources of funding are required. This view is reflected in the recent Fyke report on health care in Saskatchewan, and in reports and newspaper articles by many observers, including Dr. Michael Rachlis.

For example, the Fyke Commission concludes that, "changing the delivery of primary health services, carefully planning the delivery of specialized care, continuing to invest in wellness, and making a commitment to quality improvement are the keys to an effective and

sustainable health system."[7] For his part, Dr. Rachlis has suggested that it is by generalizing best practices, in particular in the area of primary care reform, that the system can best be sustained. Among the examples he has cited are group practices in Beechy, Saskatchewan, and Sault Ste. Marie, Ontario, that have allowed the number of patients served per physician to increase dramatically, by integrating nurse practitioners and others into a comprehensive primary care group.[8]

While many analysts recognize that the effectiveness and efficiency of Canada's health care system must be improved, there is no agreement on the extent of the savings that this would generate. Moreover, there are currently two major barriers that hamper our ability to improve effectiveness and efficiency. One relates to the lack of performance indicators, while the other concerns the difficulties involved in bringing about behavioural change.

The scarcity of indicators for measuring improvements in health status and the lack of information on the effects of medical treatments make it difficult to assess the effectiveness of care and the overall performance of the health care system. Hence, there is, at present, insufficient evidence to demonstrate that improved efficiencies alone would be enough to bridge the gap between increasing health care costs and government funding.

This leads to the second school of thought on the issue of the need for new funding sources. This school agrees that in a $90 billion health care system some economies are certainly possible and that every effort must be made to implement such efficiency-driven changes.

Proponents of this argument contend that it will be difficult to implement changes to enhance efficiency and effectiveness because both the attitude and the behaviour of a variety of vested interests in the health care system – ranging from patients, to service providers, to drug companies and so on – have, over the years, proven to be very difficult to change. Indeed, if many of the proposed changes were as easy to put in place as proponents of the first school imply, then one has to ask why they have not already been implemented.

The Committee therefore believes that it is important to be prudent and to develop policies and plans that will be effective, should sufficient efficiencies not be gained from changes to the way the system works. To do otherwise is to put all our eggs in one basket. This would mean betting the future sustainability of the health care system on making changes when there is not yet enough evidence to demonstrate that they are actually achievable, and there is no reliable indication of the amount of money that can be saved through such changes.

In saying this, the Committee realizes that there is an important advantage inherent in the approach advocated by the first school of thought – it allows most of the tough

[7] *Caring for Medicare*, the Commission on Medicare, Saskatchewan, April 2001, p. 79.
[8] See Michael Rachlis, "We can do better with what we've got", *National Post*, July 5, 2001, A14.

financing questions, outlined in the rest of this chapter, to be avoided. While it is tempting to adopt the first school's point of view, and thereby duck the most controversial health care issues, the Committee believes that responsible public policy planning requires that the view of the second school prevail, and that Canadians should now pursue the discussion on how to raise additional funds, at the same time as efforts are made to organize health care delivery more efficiently.

We look forward to hearing the views of readers on the critical issue of which school's approach should be the basis of health care policy.

8.2.2 Reforming Primary Care

The way in which primary care reform can be used to make health care delivery more efficient was described in section 5.1. As noted earlier, primary care refers to the initial point of contact that people have with the health care system. Currently, primary care physicians are the "gatekeepers" of the system, and are the ones who must refer patients elsewhere in the system for further treatment. There is unanimity among provincial and territorial governments that primary care reform needs to be undertaken. Reforming primary care means encouraging the use of the most appropriate health care providers (not necessarily physicians), having providers work in multidisciplinary teams, and adopting new ways of remunerating physicians – either through some form of capitation or salary or a blended payment system such as mixed capitation and fee-for-service. Many experts believe that primary care reform can generate substantial benefits for the following reasons:

- First, since physicians would not be paid solely on the basis of fee-for-service, the current incentive for physicians to want to see every patient who comes into their practice is eliminated. It therefore becomes possible for a patient to receive service from a health care professional who is qualified, but not necessarily over qualified. Thus, in many cases in which a doctor now furnishes care, service could instead be provided by a triage nurse, a nurse practitioner or another health care provider.

- Second, under a primary care capitation system, the doctor who is responsible for a patient gets a fixed amount of money to provide the patient's care for a year. Thus, for example, there is an incentive for a doctor only to order tests which are genuinely required, since the payment for the tests comes out of the fixed amount of money the doctor has received for the patient's care. When tests are no longer "free" to the physician, as they are now, behavioural change in the way tests are ordered occurs.

- Third, the multidisciplinary teamwork which forms the basis of primary care reform allows for more appropriate and efficient use of human resources in health care.

- Fourth, a reformed primary care system could also allow more time and effort to be devoted to wellness promotion and illness prevention, thereby helping to reduce the quantity of health services that would need to be provided in the longer term.

Primary care reform could therefore potentially generate considerable savings for the health care system. It would, in all likelihood, bring about a decline in the rate of increase of health care expenditures, if not an absolute decrease in expenditures. Such "savings" could be ploughed back into the system by providing additional services which are not now included under the public health care system in some or all of the provinces.

For example, health services by non-physicians, such as physiotherapists, speech therapists, occupational therapists could be covered (at least for those patients who do not now have these services covered under a private health care insurance plan). In addition, some diagnostic services (e.g. a PSA test for screening for prostate cancer) could be added to the list of covered services, as could rehabilitative care and certain medical devices. Again, presumably, these services would be added only for those people for whom they are not now covered.

The two service areas for which there appears to be the greatest public demand for coverage expansion in Canada are drug therapy and home care. Given their significance and potential cost we have treated them separately in Sections 8.9 and 8.10.

8.2.3 Regionalization of Health Services

Regionalization has been an important part of the restructuring of health care that has taken place since the beginning of the 1990s. Regionalization usually encompasses both decentralizing and centralizing elements. Decentralization usually entails moving planning, budgeting and decision-making authority from the provincial or territorial level to regional bodies. Centralization involves moving the planning and governance of health care and medical services from individual institutions or agencies to the regional level.

All provinces and territories, except Ontario and the Yukon Territory, have implemented some form of regionalization. The objectives of regionalization include streamlining the provision of health services and providing care according to the needs of the community. Regionalization also offers the flexibility to bring responsibility and accountability for health care delivery closer to the people who depend on these services.

A major advantage of regionalization is that it enables planning to be done, and money to be moved, across the traditional silos of the health care system. The cross-silo governance, management and planning which regionalization makes possible has allowed considerable savings to be made in several provinces. For example, in Calgary, by spending money for flu vaccination for the elderly, curtailing the number of flu patients who came to the emergency ward generated considerable savings. This kind of juggling of funds across silos was usually not done before regionalization.

Many experts believe that regionalization has provided the opportunity to integrate and better co-ordinate the delivery of the full spectrum of health services, ranging from health protection and prevention, through primary care, to acute care, and finally incorporating

rehabilitation and chronic care services. They also point out that significant benefits can be gained by integrating, at the regional level, hospital and medical budgets which otherwise would remain separately funded. For example, the Edmonton Regional Health Authority integrated all the budgets devoted to the provision of laboratory services. Estimates suggest that this enabled lab costs to be reduced by almost 40%, as regional managers (using the capacity of their hospital labs as a bargaining lever) drove much harder bargains with private labs than had been possible for the provincial health care insurance plan.

Regionalization, like primary health care reform, is a key element in improving the integration of health services, even if it is not the whole answer.

8.2.4 Contracting Private For-Profit Health Care Facilities

In order to save the public sector from having to pay the capital cost of specialized delivery units (often called clinics), one option might be to have such clinics built and operated by the private sector, but have the medically necessary health services they perform paid for by the public health care insurance plan, in the same way that the Shouldice Hospital in Toronto (which specializes in the treatment of hernias) is remunerated.

The Alberta government (under Bill 11, 2000) allows regional health authorities to contract out to private for-profit facilities for the provision of some publicly insured health services (non-major surgical procedures). Other countries, notably the United Kingdom, allow private health care insurance that enables patients to be treated in private for-profit health care facilities.

Advocates suggest that contracting out to the private, for-profit sector offers a number of advantages over investing the same amount of money in the existing public or private not-for-profit sector. In their view, contracting out leads to improved access, declines in waiting times/lists and increases in efficiency by reducing the demand on public or private not-for-profit hospitals. They also suggest that the prospect of facing competition could encourage the public hospitals to become more efficient in managing their resources and that the resulting cost savings could be used to improve quality and access to care.

Opponents contend that contracting out to private facilities reduces the funding allocated to existing public hospitals, thereby possibly lowering the quality of care they provide. Public hospitals could also lose some of the other revenue they currently earn through the provision of uninsured services (cosmetic surgery, Workers' Compensation Board, etc.) if their private for-profit competitors decided to deliver these services.

If specialized privately owned delivery clinics are permitted, it is widely acknowledged that they would have to be closely supervised in order to ensure that adequate quality standards were maintained, much as they are in other countries with parallel public and private systems.

8.2.5 Devoting More Resources to Health Promotion, Disease Prevention and Population Health

A number of experts contend that no additional public funding should be devoted to health care delivery. In their view, some of the funding from health care delivery should rather be redirected towards health promotion, disease prevention and to implementing population health strategies.

During Phase Two of its study, the Committee was told that health promotion and disease prevention can generate substantial long-term benefits, both by reducing costs to the health care system overall and by improving quality of life for Canadians. Experts in this field argue that it might be possible to achieve a better return on the health care dollar by promoting healthier lifestyles than by spending the same amount of money on the treatment of illness.

Similarly, evidence suggests that investing in population health strategies, such as early childhood development, improving levels of education and ensuring a fairer distribution of income, can bring greater benefits in the long run than does spending more on health care delivery. In the longer term, this could significantly reduce pressures on health care costs.

It is clear that decisions concerning the allocation of public resources necessarily involve important trade-offs and the balancing of competing interests. In the final analysis, Canadians must decide what portion of public resources should be devoted to health promotion and prevention and how much on the treatment of illness. Similarly, we must determine whether government resources should be directed towards other health-related uses, such as electronic patient records, the health infostructure, health research and so on, rather than on the direct delivery of health care services. These issues and options will be further developed in Chapter 11 that deals with the population health role of the federal government.

8.3 What Should be the Form of Federal Funding for Health Care?

As explained in the first report of the Committee, federal funding to the provinces and territories for the purpose of health care has a long history, and federal transfers have taken many different forms since the first health care insurance program was negotiated in the late 1950s.

Early federal transfers were cost-shared. Federal contributions matched provincial/territorial levels of health care expenditures and these transfers were to be used specifically for health care. As indicated in the Committee's Phase One report, cost-sharing arrangements had a number of disadvantages. They were unpredictable for the federal government, cumbersome to administer and perceived as a federal intrusion into an area of provincial jurisdiction. They were also considered inflexible, as they tended to stifle innovation in the delivery of health care by the provinces.

The introduction of Established Programs Financing (EPF) in 1977 converted the form of federal transfers to a block funding program for health care and post-secondary education. EPF had four major characteristics. First, the federal contribution was no longer tied to provincial/territorial spending and the federal government alone determined the amount of EPF funding to be transferred. This solved the problems related to the unpredictability of federal costs and of cumbersome administrative procedures. Second, a notional proportion was allocated to the two EPF components (about 70% for health care and 30% for education). Third, EPF was split between cash transfers and tax transfers.[9] The second and third measures resolved the problems of perceived federal intrusion and the discouragement of provincial innovation. At the same time, however, they also contributed to reducing federal visibility in health care financing. And fourth, EPF transfers were to grow in line with an escalator that took into account both GDP and population growth. This escalator prove difficult to sustain, particularly in periods of fiscal restraint, and was modified on several occasions in the 1980s and 1990s in order to reduce and even freeze the rate of growth of EPF transfers.

In 1996, the federal government merged EPF and the Canada Assistance Plan (CAP) in order to create the Canada Health and Social Transfer (CHST). Like EPF, the CHST is a block funding mechanism; it provides federal transfers for health care, post-secondary education and social assistance. Unlike EPF, the legislation governing the CHST does not designate, either specifically or notionally, what proportion of the total entitlement is to be allocated to each of these fields. Nor does it indicate how the provinces should make use of the federal funding. Unlike EPF, there is no escalator associated with the CHST transfer.

As in the past, the five principles of the *Canada Health Act* apply only to the cash portion of the CHST. The federal government has the authority to withhold the cash transfers to provinces/territories that do not comply with these principles. However, the federal government cannot decrease the tax transfers because it does not have the power to require the provinces/territories to reduce their income tax rates. For this reason, it has often been observed that federal cash transfers would have to be retained if there are to be national principles guiding public health care insurance in Canada. Otherwise the federal government would have no leverage for persuading the provinces to abide by the national principles.

The current funding arrangement suffers from three major weaknesses: a lack of federal visibility, a lack of federal and provincial accountability, and a lack of stability in federal funding. Federal visibility is weak under the CHST because it is no longer possible to identify, even notionally, the actual level of the federal contribution to health care. Moreover, since the amount of the federal contribution to health care is unknown, it is not possible to trace how the provinces and territories use federal funds, which leads to a lack of accountability.

Finally, federal transfers have been subject to a great deal of variation over the past 40 years. From the late 1950s to the mid-1970s, under the cost-sharing arrangements, the

[9] As explained in the Committee's first report, a cash transfer is simply a deposit of federal funds into the provinces' and territories' consolidated revenue. A tax transfer is a reduction in federal income tax in concert with an offsetting increase in provincial/territorial income tax.

federal contribution was 50 percent of eligible provincial/territorial spending on health care. During the EPF era, the federal government unilaterally restricted the rate of growth of EPF transfers. When the CHST was introduced in 1996-97, federal transfers were systematically reduced. Since then, the federal government has halted cuts to the CHST transfers and even allowed them to grow once again. However, according to the provinces/territories, the federal government has failed to restore the cash portion to its previous levels.

Provincial and territorial governments claim that the overall impact of federal measures to restrain the growth of transfers and then to reduce them has been to generate a "funding gap". This gap represents the increasing difference over time between what the federal government has contributed to the health care system by way of its transfers to the provinces and territories, and what these jurisdictions have had to spend in order to meet rising costs.

Provincial and territorial governments have repeatedly called on the federal government to restore the CHST cash transfer to its 1994-95 peak level and to include an escalator in order to ensure appropriate growth in the CHST. In their view, this additional investment is necessary just to maintain the current health care system, while extending public coverage to other health services would require even more federal funding.

More recently, some provinces have suggested that more tax transfers be provided as a means of increasing the provincial/territorial share of growing government expenditures on health care. Moreover, in a recent news release, the provincial/territorial Finance Ministers stressed that "Canadians cannot wait 18 months until Commissioner Romanow presents his report to the Prime Minister. The health care system requires urgent and immediate action towards a more equal sharing of increasing costs."[10]

Against this background, a number of options for the design of federal transfers have been suggested in recent years.

8.3.1 Return to Cost-Sharing Arrangements

Under this option the federal contribution to health care would be specifically designated as a fixed proportion of provincial/territorial government spending on health care, which would have the effect of increasing federal visibility in health care and enhancing federal accounting and accountability. It would also bring more predictability and stability to federal funding and improve accountability at the provincial/territorial level. Moreover, it could enable the "funding gap" to be reduced, which would assist the provinces/territories in dealing with increasing cost pressures. However, as explained in Section 8.3, when cost-sharing was used in the 1960s and 1970s, it had such significant disadvantages that it was abandoned.

[10] Provincial/Territorial Meeting of Ministers of Finance, *News Release*, Montreal, 15 June 2001. This news release is available on the Internet at http://www.scics.gc.ca/cinfo01/860430004_e.html.

Tom Kent made one variant of this proposal. He suggested that cost-sharing not be restored to its original form (a 50/50 split), but rather that a form of "cost-sharing with a difference" be implemented that would have a ceiling of 25% for the federal contribution.[11] The advantage of this ceiling is that, by placing a limit on the overall federal contribution to health care, it gets round the issue of unpredictable costs.

8.3.2 Retain Current Block Funding

Other analysts argue that all forms of cost-sharing represent a step backward. They claim that the benefits gained by block-funding federal transfers, namely enhanced provincial flexibility, must be maintained, even to the detriment of federal visibility. In their view, the explicit tracking of the use of federal dollars is unnecessary, since conformity with the *Canada Health Act* is sufficient to ensure provincial accountability.

However, it is difficult for the public to understand why the federal government is unable to determine whether the funds transferred to the provinces and territories for specific objectives (such as the $800 million for primary care reform, and $1 billion for new medical equipment, such as MRI machines) are actually spent on those objectives. This lack of provincial/territorial accountability for targeted federal transfers leads many people to question their value.

8.3.3 Improved CHST Block Funding

A major issue with regard to the CHST relates to the impossibility of determining the exact federal contribution to health care. This problem could be solved by designating a notional portion of the CHST for the purpose of health care as was done under EPF. This would ensure recognition of federal funding, while not affecting provincial flexibility.

Another concern often raised by the provinces and territories is the absence of an appropriate escalator under the CHST to ensure continual growth in federal transfers. While some mechanism that allows for annual growth appears desirable, it is still necessary to design an appropriate escalator. There are a number of possibilities.

The original EPF escalator was a compound three-year moving average of nominal GDP per capita applied to per capita cash contributions and cumulated year after year. Others have suggested that the total CHST cash transfer be indexed to reflect not only an expanding population and economic growth, but also the incidence of disease and the cost of new drugs and health care technologies. However, while all these considerations are certainly relevant, the complexity of such a proposal would make it difficult to operationalize.

[11] Tom Kent, *What Should Be Done About Medicare?*, Caledon Institute of Social Policy; August 2000.

Another alternative proposed by the C.D. Howe Institute in response to demographic aging is to convert part of the CHST into a grant per person age 65 and over (the "seniors' health grant"). This grant would escalate at the rate of GDP growth (real growth plus inflation) per person. The extra money the seniors' health grant would provide to each province would, by construction, be proportional to the growth in its elderly population. For those provinces whose elderly populations grow relatively quickly, the grant would have an appreciable impact on their finances.

8.3.4 Medical Savings Accounts (MSAs)

A number of proposals for MSAs have been put forward in recent years in Canada.[12] MSAs are health care accounts, similar to bank accounts, set up to pay for the health care expenses of an individual (or family). Under a system of MSAs, some part or even the totality of the current CHST transfer would be transformed into separate individual health care accounts. Each account would be set up by depositing an amount equivalent to the average amount the federal government now spends per capita on health care, and everyone would control their own account.

MSAs usually incorporate aspects of private finance – each individual is responsible for covering a portion of their health care costs up to a ceiling. In addition, MSAs are usually set up to cover those health care costs that are amenable to individual control (such as routine or minor medical expenses). They must be combined with a high-deductible, catastrophic insurance plan to ensure payment of extraordinary, high-cost care.

The general theory is that consumers would make more judicious and cost-effective decisions if they were spending their own money, rather than relying on the public purse. There are several different ways of structuring these accounts, and each approach must be assessed on its merits.

However, in general, the arguments supporting the introduction of MSAs include their potential to promote personal responsibility and accountability, to help reduce "unnecessary" use of services, to stimulate price competition and to encourage forward-looking financial planning. Those in opposition to the idea caution that these accounts are unlikely to control expenditures or utilization effectively, and insist that they would disadvantage the poor relative to the wealthy.

It is generally acknowledged that any MSA proposal would require careful scrutiny. However, it is not unreasonable to expect that a plan could be developed that avoids the possible pitfalls. Such a plan might first be contemplated for application in a limited sphere,

---

[12] See the following documents: 1) William McArthur, Cynthia Ramsay and Michael Walker ed., *Healthy Incentives: Canadian Health Reform in a Canadian Context*, The Fraser Institute, 1996; 2) Cynthia Ramsay, "Medical Savings Accounts", *Critical Issues Bulletin*, The Fraser Institute, 1998; 3) David Gratzer, *Code Blue – Reviving Canada's Health Care System*, ECW Press, 1999; 4) Dennis Owens and Peter Holle, *Universal Medical Savings Accounts*, Frontier Centre for Public Policy, Policy Series No. 5, July 2000.

such as paying for long-term care facilities, where there are already significant private out-of-pocket charges.

8.3.5 Convert all CHST Cash Transfers into Tax Point Transfers

Another option suggested by some experts would be for the federal government to abandon entirely its first role of transferring funds to the provinces and territories for the purpose of health care. This could be achieved by transforming the whole of the CHST into tax transfers.

Such a complete withdrawal of the federal government from financing health care would eliminate the uncertainty and instability relating to the level of cash transfers to the provinces. This option would provide a clearer division of responsibilities and would probably reduce the likelihood of friction between the federal and provincial/territorial governments. It would also provide provinces with greater flexibility in allocating health care funds and in reforming and renewing their systems. Provinces would establish the type of health care delivery system that is best suited to their population. With time, Canada would have a diversity of health care systems.

However, since tax points are less valuable in the poorer provinces, these provinces would likely encounter difficulties in maintaining their current level of health services. Furthermore, the *Canada Health Act* would become irrelevant as its enforcement mechanism is tied to federal cash transfers. Overall, this option would exacerbate discrepancies between the provinces in the level, quality and accessibility of health services. It would therefore not appear to be consistent with the objectives the Committee has enunciated for the financing role of the federal government.

8.4 How Should Government Raise Revenue for the Purpose of Health Care?

There are two basic sources for revenues collected by government to pay for health care: (1) general revenue and (2) various forms of direct payments.

With respect to general taxation, there are two possible ways of increasing the amount of money that is spent on health and health care: spending more of existing dollars on health care or increasing general revenue and devoting the additional revenue to health care.

The second route that is available for raising additional government revenue is to introduce some form of payment by consumers for health services. This could be done in a variety of ways, all of which fall into three broad categories: user charges, income tax on the value of health care received, and annual health care premiums.

In considering the options of user charges and premiums, one must also decide if individual Canadians should be allowed to purchase private health care insurance to protect themselves against the risk of having to make these payments. Moreover, the option of purchasing private health care insurance can be extended to having such insurance pay the cost of receiving health services in private facilities, and even for health care that is also insured by public health care insurance. This introduces a further option: private health care insurance for services delivered in private institutions that competes with public insurance for services received in public institutions.

All these options are discussed in further detail below.

8.4.1 Spend More of Existing Tax Dollars on Health Care

This means increasing the share of federal and provincial budgets that are devoted to health care and decreasing public spending in other areas. This option has two main defects. First, it is clear that, on the one hand, governments have other important spending priorities (such as roads, the environment, etc.) and that, on the other, the amount spent directly on health care is only one of the determinants of an individual's health status.[13] Second, health care expenditures are rising at a substantially faster rate than the rate of growth of government revenues. Indeed, it is projected that provincial spending on health care will increase by an average of 5% annually if current trends with respect to population growth, aging and inflation continue.[14] Thus, there are limits to how much of a contribution this option can make to bridging the funding gap.

8.4.2 Increase General Revenue (through income tax or sales taxes) and Devote the Additional Revenue to Health Care

This option is influenced by the capacity and political willingness of governments at all levels to raise additional revenue and on the willingness of taxpayers to pay to generate this extra revenue. The review of public opinion polls conducted in Phase One of the Committee's study showed that Canadians have mixed views on whether they are prepared to pay higher taxes for the purpose of health care. While cuts to personal income tax are important to Canadians, reinvesting in health care is also rated as a very high priority. However, regardless of what public opinion polls say, this option runs counter to the tax reduction strategies undertaken at both provincial and federal government levels in recent years.

---

[13] These include such factors as education, income distribution, housing, etc. In its *Performance and Potential Report* (2000-01), the Conference Board of Canada pointed out that "health care spending is 'crowding out' education funding. For the first time, public health care spending has outstripped public education expenditures. Yet Canada's long-term success depends on developing the workforce through life-long learning."

[14] Provincial and Territorial Ministers of Health, *Understanding Canada's Health Care Costs – Final Report*, August 2000.

8.4.3 User Charges

User charges are usually defined as a form of payment made by a consumer of a health service at the time the service is rendered. That is, they represent an up-front charge to the patient. There are different forms of user charges:

- Co-insurance, the simplest form of user charge, requires the patient to pay a fixed percentage (say 5%) of the cost of services received. Thus, the higher the cost of the service, the larger the fee. Many private sector drug insurance plans require this method of payment.
- Co-payment is an alternative to co-insurance. Instead of having to pay a share of costs, the patient is required to pay a flat fee per service (for example $5) which does not necessarily bear any relation to the cost of the service. The same amount is charged, no matter what the cost of the health care provided. This form of user charge exists in many countries, such as Sweden.
- Under a system of deductibles, the patient is required to pay the total costs of services received over a certain period up to a certain ceiling, the deductible. Above this ceiling, costs of services to the patient are covered by the insurance plan. All users must pay a standard minimum deductible, which is independent of the quantity of services received. Again, this form of insurance based user charge is required in some countries.

In Canada, the literature with respect to user charges tends to conclude that these charges deter some individuals from seeking necessary as well as unnecessary care, and do so in a way that falls disproportionately on the poor. In view of these studies, experts told the Committee that user charges raise issues of access and equity and, depending on how they are implemented, they could violate some of the patient-oriented principles of the *Canada Health Act*. Part of these problems related to user charges could be circumvented if the level of the user charge varied according to income, or if low income groups were exempted from paying these charges.

It is worth noting that Canada is the only industrialized country in the world that prohibits user charges for publicly funded health services. Even in Sweden, which is generally recognized as being among the most socialized of the European countries, user charges are regarded as "essential in order to make people choose the most economical service". Swedes pay between $15-20 for each visit to the doctor and about $12 a day for hospital stays. The total amount which an individual can pay in any one year is capped at around $135 per year.

In Sweden, user charges are not perceived as impeding access. Nor are they designed to raise money. In fact, the cost of administering the user charge scheme (collecting the fees and keeping track of how much an individual has paid so that the cap is not exceeded) is almost as much as the total amount collected in user fees. The system of user charges in Sweden is designed to change consumer behaviour. Swedish public policy is based on the principle that

individuals should be aware that a decision to use the health care system costs the government, and hence all taxpayers, money and that, therefore, they should use the system only when they genuinely need it.

Thus, if user charges were to be implemented in Canada, they could be applied in a manner that minimizes the risk of impeding an individual's access to care, while at the same time encouraging an individual to make appropriate use of the system. One important issue would be to decide whether user charges should apply to existing publicly insured health services (physicians and hospitals) or if they should be considered only for services that would expand public coverage.

8.4.4 Income Tax on Health Care

In this option, patients are required to add the cost of the health services which they receive each year to their taxable income. This proposal has been presented both as a means of raising revenue and as a means of promoting individual accountability for the use of health care. This type of payment was proposed in 1961, at the start of the debate on a publicly funded health care program, and subsequently was revived in 1991 by the government of Quebec[15] and in 2000 by Tom Kent.[16]

This system has a number of advantages over the application of user charges. First, an income tax on health care is progressive: for equal use of services, a patient with a higher income pays relatively more than one with a lower income. Second, such a payment does not apply to those who do not pay income tax. And third, it avoids the problem of an up-front means test, thereby addressing the issues of access and equity referred to in section 8.4.3.

It has also been suggested that a cap could be applied to the amount of increased income tax an individual would have to pay in any one year and over a lifetime. This would be in line with the third objective that the Committee identified for the financing role of the federal government (the avoidance of undue financial hardship). However, such an option is not currently possible because the health care system is not structured to enable the tracking of the costs incurred by the system for each individual patient. This problem could possibly be solved with a system of electronic patient records (see Chapter 10).

One of the arguments against an income tax on health care is that some people will contend that they are paying for health care twice, once through general taxes and once through the additional income tax they would pay for the health services which they received during the year. One way around this problem would be to have a tax which everyone pays, such as the GST, earmarked for health care, with the income tax element being essentially a top up to the core GST generated amount. It should be recalled that when Medicare began it was

---

[15] Ministère de la santé et des services sociaux, *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, Government of Quebec, 1991, pp. 78-82.

[16] Tom Kent, *What Should Be Done About Medicare*, The Caledon Institute of Social Policy, August 2000.

funded in some provinces (e.g. Nova Scotia) through a provincial sales tax which was called a hospital tax.

8.4.5 Annual Health Care Premiums

A health care premium is a payment by residents that helps government defray the costs of publicly financed health care. In essence, it is an insurance premium paid by everyone for the right to be covered under a public health care insurance plan. Health care premiums are currently required in two provinces, Alberta and British Columbia. Current monthly rates in Alberta amount to $34 for single coverage and $68 for family coverage (two or more people). In British Columbia, premiums are set at $36 for a person without dependants, $64 for a family of two and $72 for a family of three or more. In both provinces, there are subsidies that reduce the amount of the premium for some low income people and eliminate them for the very poor.

In contrast to user charges or the income tax on health care, premiums are not related to the amount of health services consumed by individuals during a year. Nor are premiums in Alberta and British Columbia related to income. As a result, most lower-income individuals pay the same flat amount as higher income people. Health care premiums are not prohibited under the *Canada Health Act*.

8.4.6 Private Health Care Insurance is Allowed to Compete with Public Coverage

Currently, the *Canada Health Act* requires provincial health care insurance plans to be accountable to the provincial government and to be non-profit, thereby effectively preventing private health care insurance plans from covering medically required services. Moreover, the majority of provinces (British Columbia, Alberta, Manitoba, Ontario, Quebec, and Prince Edward Island) prohibit private insurance companies from covering services that are also guaranteed under public health care insurance plans. Private insurers are limited to providing supplementary health care benefits only, such as semi-private or private accommodation during hospital stays, prescription drugs, dental care and eyeglasses.[17]

This contrasts sharply with a variety of practices in other industrialized countries. For example, in Germany and the Netherlands, private health care insurance is voluntary for

[17] Four provinces permit private health care insurance (New Brunswick, Newfoundland, Nova Scotia and Saskatchewan). In Nova Scotia, opted-out physicians cannot bill privately in excess of the scheduled fee. This creates a disincentive, as physicians cannot be paid more than if they worked in the public plan. As a result, the need for private insurance remains limited. In Newfoundland, patients of opted-out physicians are entitled to public coverage up to the amount set out in the fee schedule. Out-of-pocket spending thus is limited to the difference between the fee charged and the scheduled fee. In New Brunswick and Saskatchewan, patients of opted-out physicians cannot be subsidized by the public plan, but we still have not seen the development of a significant private sector in health care insurance. For more detail, see Colleen Flood and Tom Archibald, *Legal Constraints on Privately Financed Health Care in Canada: A Review of the Ten Provinces*, April 2000, Dialogue on Health Reform, Atkinson Foundation.

those people with an annual income over a certain level. In those countries private insurers must accept all those who apply for coverage and must provide benefits equivalent to those offered under the public plan. In Australia and Sweden, government legislation requires that premiums charged by private health care insurers be community-rated (i.e. a single premium structure applies to everyone regardless of their health status). The Australian government actively encourages residents to acquire private health care insurance by subsidizing 30% of its cost. In the United Kingdom, as in Australia, residents can purchase private insurance to cover services provided in private hospitals as well as in public hospitals.

The evidence from the Committee's international review of health care systems highlighted the fact that a number of benefits can be generated by allowing private insurance in health care, including enhanced patient choice, increased competition, and improved efficiencies in the public sector.

Permitting private insurers to provide coverage similar to that offered under public health care insurance in Canada would require amending federal and provincial legislation that currently prohibit them. With respect to federal legislation, this would necessitate a revision of the public administration (or single payer) principle of the *Canada Health Act*.

Advocates of private health care insurance suggest that safeguards could be put in place in order to ensure that: 1) private insurance is administered on a non-exclusionary basis (take all comers, not only the healthiest ones); 2) queue jumping is avoided by treating all patients side by side; and, 3) private insurance does not "skim off" the easier kinds of care and falls back on the publicly funded system for the more difficult cases.

8.5 The Impact of Financing Options on Behavioural Change

In considering various financing options, it is important to keep in mind that each option has a behavioural impact as well as a financial impact. Three examples will illustrate this.

First, as explained above in the section on the Swedish care guarantee (section 7.4), when hospital administrators were faced with a financial penalty if patients exceeded the maximum time on the waiting list, changes were made in the way the hospital was run and waiting lines dropped dramatically. Conversely, when the care guarantee was dropped, waiting lines increased again. Clearly, the behaviour of hospital administrators and staff was affected by concern about their institution suffering a financial penalty if waiting lines became too long.

Second, evidence suggests that a switch from a fee-for-service remuneration scheme to a population-based payment system changes the incentive structure for physicians. They are no longer pushed to maximize services delivered but are instead encouraged to provide only the amount of care their patients actually need. For example, there is an incentive for a doctor working under a capitation system to only order tests which are genuinely required, since

the payment for these tests comes out of the fixed amount of money the doctor has received for the patient's care. When tests are no longer "free" to the physician, as they are now, behavioural change in the ordering of tests occurs.

Third, consider the requirement of user charges in Sweden. As mentioned above, Swedes pay some $15-20 for each visit to the doctor and $12 a day for hospital stays, with an annual threshold of $135. According to witnesses who appeared before the Committee, the cost of administering the system of user charges is almost as much as the total amount collected in user charges. In Sweden, user charges are not designed to generate revenue but to change consumer behaviour. Swedish public policy is based on the principle that individuals must be aware that a decision to use the health care system costs the government, and hence all taxpayers, money, and that, therefore, they should use the system only when they genuinely need it.

Unfortunately, as many witnesses stressed, the current system in Canada contains few incentives for health care providers to reduce costs or to strive for better integration (through, for example, primary care reform). Similarly, the Canadian system has no incentives for consumers of the health care system to use the system in a responsible manner.

Not only does the Canadian system not provide incentives for providers to achieve cost savings through integration, it actually contains an incentive for providers to use what is often the most expensive service. The *Canada Health Act* requires that medically necessary physician and hospital services be provided without patient charge, but the Act does not contain any similar obligation with regard to the provision of cheaper (and often more effective) alternate ways of treating a patient, such as drugs administered outside hospitals, home care, or assisted living services. Most provinces do provide some payment for these kinds of services. Nevertheless, the incentive for the provider, who is acting in the best interest of the patient, is to overuse high cost, but government paid, hospital and medical services, rather than resort to lower cost, but relatively unsubsidized, alternative services.

With regard to incentives designed to encourage users to reduce costs, a number of facts are clear. First, it is essential to remember that in any given year 80% to 90% of health care costs (depending on age/sex group) are attributable to catastrophic (acute or chronic) illness. Thus, under any insurance system, public or private, modest annual user charges do little or nothing to offset costs.

Second, there does not seem to be an administratively simple way to deal with the problem of overuse of health services by patients other than by excluding certain services from coverage (or limiting the number of times a service can be used by a specific patient in a given time period).

Of course, the other way to control overuse of services is to levy relatively large user charges. User charges can generally be set at higher levels for those services thought to be

subject to overuse rather than for those services dealing with uncontrollable or catastrophic illness. The problem with significant user charges for medically necessary services is that they reduce claims on the public system by pricing poorer sick people out of the system rather than by curtailing "abuses". No doubt "abuse" exists; all insurance systems are subject to moral hazard. But what is equally clear is that any insurance system which relies on large user charges to ration medically necessary services will be a system that denies access to the less well-off who have the misfortune to require expensive services.

However, user charges can play a very useful role in diverting demand from high cost to less costly health services without impairing access to medically necessary services. But this is only possible if less costly service is available and is an insured service.

The examples and comments given above, along with the experience from other countries with universal health care systems, illustrate the fact that the way a health care system is financed can help to achieve the overarching public policy objective of delivering the best health care possible at the lowest cost. This raises the following questions concerning the structure of health care financing in Canada:

- Should the financial structure be such that everyone involved in the system – consumers, providers, health care facilities administrators and so on – has an incentive to use the system as efficiently as possible?
- Should incentives be used to help patients understand that along with their perceived right of universal health care there is also the responsibility to use that right reasonably and judiciously?

Readers' responses to these questions will have a direct impact on their choice of system for financing health care in the future.

8.6 Two-Tier Health Care

In its Phase One report, the Committee defined the various meanings of the concept of two tier health care. In the broad sense, a two-tier system refers to two co-existing health care systems: a publicly funded system and a privately funded system. This definition implies that there is a differential access to health services based on one's ability to pay, rather than according to need. In other words, those who can afford it may either obtain access to better quality care or to quicker care in the privately funded system, while the rest of the population continues to access health care only through the publicly funded system.

Some of the options presented above – namely user charges for publicly funded health services, MSAs and private health care insurance – may raise concerns over the possible impact of two-tier health care. Three suggestions have been put forward as ways of circumventing the negative aspects of two-tier health care systems, while maintaining the quality of publicly funded ones:

- all doctors would be required to work a certain number of hours in the publicly funded system, meaning that they would not be permitted to work exclusively in the privately funded system;
- the publicly funded health care system would provide a guarantee that waiting times for various procedures would not exceed a certain level and, if the maximum time was exceeded, the government would be obliged to pay for the required treatment to be performed in the private sector system;
- an independent body would be mandated to ensure that health care technology in the public sector is as good as in the private sector.

The Committee would like to obtain the views of Canadians on the issue of two-tier health care based on the assumption that the three conditions just outlined could be met.

8.7 What Services Should be Covered and Who Should be Covered Under Public Health Care Insurance?

The *Canada Health Act* covers hospital and physician services that are deemed to be "medically necessary." The concept of medical necessity, however, is not defined in the Act. Moreover, the Act does not set out a process for determining which health services are medically necessary. Therefore, each province and territory (in collaboration with their respective medical associations) is responsible for determining what specific services are to be insured under the public health care insurance plan. Because provinces/territories do not use a uniform method for determining the provision of comprehensive health care, there is uneven public coverage for certain health services across the country.

Furthermore, the Act remains focused on hospitals and physician services. When the Act was put in place in 1984, many additional services – such as drugs, rehabilitation, convalescence and palliative care – were provided in hospitals. However, this is no longer the case. Increasingly, these services are being delivered in the home or in the community by a broader range of health-care providers (such as nurses, nurse practitioners, physiotherapists, occupational therapists, etc.). They therefore fall outside the scope of the *Canada Health Act*. As a result, there are wide variations among provinces in terms of public coverage for home care, prescription drugs, palliative care, institutional long-term care, dental and vision care, etc.

Given this shift toward less institutional care, the 1997 National Forum on Health suggested that public coverage should be refocused to "follow the care and not the site." Others have also explicitly recommended that the federal government expand coverage under the *Canada Health Act* to include additional services, mostly home care and prescription drugs.

Overall, there are two broad options that are available with regard to the services that can be included in the publicly funded basket:

8.7.1 De-Listing Some Services

Some people argue that, if it is to be sustainable, the publicly funded health care system cannot be all things to all people. In their view, it is not realistic to expect unlimited service provision, even for only hospitals and doctors, in a context of constrained government budgets. It has therefore been suggested that some health services that are currently publicly financed be de-listed as a means of saving money.

There is, however, little agreement on the process that could be used to select the services to be de-insured. Moreover, there is evidence from Oregon, where attempts were made along these lines, that suggests that de-listing does not generate substantial savings. There are also studies that have concluded that there is a real danger that this option would lead to making decisions about what services should be covered based more on economic considerations than on medical necessity.

Nevertheless, in light of the Committee's view on the need for new financing sources, it follows that if Canadians do not agree to explore new sources of financing, then some reduction in services is inevitable, either by continuing with rationing via waiting lines (the approach currently being used by governments), or by moving to explicitly de-list some services.

8.7.2 Expanding Coverage

Other analysts, by contrast, stress the need to expand public health care coverage. As stated previously, the *Canada Health Act* is applied mostly to medical and hospital services. Many Canadians believe that the scope of the Act should be broadened to encompass more services. The two service areas into which there appears to be the greatest public demand for coverage expansion are prescription drugs and home care. Given their significance and potential costs, the issues and options that relate to these areas are discussed in more detail in Sections 8.9 and 8.10 below.

8.8 Prescription Drugs: Reducing Their Cost

In recent years, prescription drugs have exhibited the most rapidly escalating costs in the health care system. During Phase Two of its study, the Committee learned that:

- Data reported by Canadian Institute for Health Information (CIHI) indicate that spending on drugs in Canada has grown continually over the last 25 years, from $1.1 billion in 1975 to $14.7 billion in 2000.
- During this period, drugs accounted for an increasing portion of total health care spending: in 1975, drugs represented about 9% of total health care expenditures; by 2000 this share had increased to almost 16%.

- Since 1997, expenditures on drugs have been the second largest category of health care spending in Canada, behind hospitals but ahead of spending on physician services.
- Spending on drugs in Canada, expressed in dollars per capita, continues to increase at a rate faster than spending in other key health care sectors such as hospitals and physicians. In fact, between 1990 and 2000, drug expenditures per capita increased by almost 93%, more than twice the average for all health care expenditures (40%).

Prescription drugs make up the largest component of spending on drugs (77% in 2000, up from 72% in 1975). In 1975, the private sector (employer-sponsored drug insurance plans, individual private insurance companies and out-of-pocket spending by consumers) accounted for 80% of prescription drug expenditures. By 2000, private sector spending had decreased to 57%. During the same period, the share of prescription drugs financed from public sources (provincial and territorial governments and the federal government) increased steadily from 20% in 1975 to 43% in 2000.

The question therefore arises as to what steps, if any, can be taken to contain the rate of increase of prescription drug costs on publicly funded health care programs. The following options were presented to the Committee:

8.8.1 A National Drug Formulary

The idea of a national drug formulary surfaced on a number of occasions during the Committee's study. A drug formulary usually refers to a list of drugs that are supplied under public drug insurance plans. A "national" drug formulary, as advocated by experts, does not mean that the federal government would be the only party responsible for determining which prescription drugs would be on the formulary. Rather, the concept of a national formulary is best conceived in terms of federal, provincial and territorial collaboration along with the participation of interested stakeholders.

In considering this question, it is important first to understand the process for including a new drug on the list of drugs that will be paid for, whether by provincial drug plans, or by the federal drug plan for those for whom the federal government has the responsibility for providing health care services (the service delivery role of the federal government as described in section 3.5).

Whenever a new drug comes on the market, the officials responsible for a government's formulary receive a request to put the new drug on the approved list. These officials must then evaluate the new drug and determine whether or not the drug will be listed. Getting the drug on a formulary is critical for pharmaceutical companies, since without it, sales of the drug in the jurisdiction covered by the formulary will be very limited. Therefore, not unreasonably, drug companies lobby hard to have their new drugs added to the formulary.

The Committee was told that two situations arise with this system. First, once a drug is approved for the formulary in one province, it is difficult (indeed almost impossible) for another province to refuse to add the drug to its formulary. Second, many provinces, particularly the smaller ones, lack the staff to be able to assess in detail whether new drugs have sufficient new benefits to warrant being added to the formulary (with the possible consequence that an existing drug on the formulary would have to be removed).

A potential solution to this problem would be to have a single national (as opposed to federal) formulary, an idea that was advocated by many witnesses who testified before the Committee. In general, the benefits of a national drug formulary include the following:

- The elimination of the potential for log-rolling, or pressuring one province to add a drug to its formulary because another has already done so;
- An enhanced ability to do the research needed to understand whether the benefits of a new (and costlier) drug genuinely represent a significant improvement on existing (and cheaper) drugs, since such research would be done at the national level, rather than by different provincial governments.

The establishment of a national drug formulary could lead the way to the creation of a single national buying agency – one which covers all provincial and territorial governments as well as the federal government. The buying power of such an agency would be enormous. This would likely strengthen the ability of public drug insurance plans to receive the lowest possible purchase price from the drug companies.

During its Phase Two hearings, the Committee was told that the idea of a common drug formulary was being discussed at the provincial and territorial level. More specifically, following their conference in August 2000, Provincial Premiers and Territorial Leaders agreed to work together and "mandated their Health Ministers to develop strategies for assessing and evaluating prescription drugs. These strategies could include the creation of a common inter-provincial/territorial advisory process to assess drugs for potential inclusion in provincial/territorial drug plans."[18]

The Committee welcomes opinions on the feasibility of a national drug formulary as well as on its potential impact. It is particularly interested in ideas on how the administration of a national formulary could be organized so as to ensure its independence from government (note that federal participation would be by virtue of its responsibility for the delivery of health care services to specific groups, and not as a result of any federal constitutional role). Moreover, in the course of discussions about a national drug formulary, the Committee is interested in asking whether consideration should be given to a national drug purchasing agency and, if so, how such a purchasing agency would work?

---

[18] 41st Annual Premiers' Conference, "Premiers' Commitment to their Citizens," *News Release*, Winnipeg, 11 August 2000 (also available at http://www.scics.gc.ca/cinfo00/850080017_e.html).

8.8.2 Requiring the Use of the Lowest Cost Therapeutically Effective Drug

Faced with limited public health care resources it is necessary to consider the need for aggressive drug cost-benefit management, particularly in terms of listing only the most cost-effective prescription drugs on formularies. For many years, hospitals that have operated with global budgets have had to make difficult choices about what drugs to make available on their internal formularies. Hospital Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committees have made these decisions, and physicians have accepted them because they were made by their peers. Some have suggested that extending this concept of a P&T review to limit prescription drug listings for all drugs would be difficult for physicians to accept.

Nonetheless, in recent years, provincial drug insurance plans have begun to use their reimbursement policies to encourage doctors to make substitutions among alternative drug therapies. In some cases a drug is simply not listed on a formulary when it is more expensive than alternatives that are equally effective in treating particular medical conditions. In other cases, a drug benefit plan (for example the Ontario Drug Benefit Plan) requires special authorization before it will pay for more expensive drugs if these drugs are chosen over less expensive alternatives because they are uniquely required for one, but not all, of their indications. British Columbia's reference based pricing policy has been used for this same purpose. Under that policy, the province only reimburses up to the price of a reference drug in a particular therapeutic category, unless there is a specific need for the more expensive product demonstrated by the physician and it is approved, in advance, by the drug plan.

In short, reimbursement policies that encourage physicians to make therapeutic substitutions already exist in some provincial drug insurance plans. The difficult policy questions are:

- to what extent should governments adopt a program of mandatory therapeutic substitution to the lowest priced therapeutically equivalent drug?
- and, how aggressively should such a substitution policy be used?

The better and more accepted the process of scientific/clinical advice supporting decisions about which drugs are therapeutic alternatives for each other, the more likely they are to be accepted by physicians and tolerated by the public.

This raises the further question of whether all the key players, including public and private drug insurance plan managers, doctors and pharmacists, Health Canada (as the federal regulator of drug safety), patients and the pharmaceutical industry, should be required to work together to generate consensus advice that would be used both by insurers and by prescribers to determine which drugs can be therapeutically substituted for each other. The goals of this kind of the collaboration would include not only more cost effective prescribing and drug benefit management, but also improved quality of patient care through better

identification of the best treatments, the elimination of inefficient treatments or those with avoidable risks of adverse reactions.

The overall objective of such collaboration would be to achieve: i) effective, timely, national guidance to formularies (or a national formulary); and ii) timely, relevant, accepted national prescribing guidance that could be adapted to local requirements.

The proposed collaboration could be supported by, and integrated with, a strengthened system of post-market surveillance of prescription drugs run by Health Canada and by a national drug utilization information system that would provide a detailed analysis of drug prices, how they are utilized and what the cost drivers are for each of the various classes of drug therapies needed to make better formulary management, prescribing, and regulatory (drug safety) decisions.

8.8.3 The Advertising of Prescription Drugs

A third issue related to prescription drug costs concerns the ways in which pharmaceutical companies should be allowed to advertise prescription drugs. Currently, Health Canada bans direct advertising to consumers and limits the advertising of prescription drugs to health care providers. Direct-to-consumer advertising of prescription drugs is not permitted in most industrialized countries. In the United States, where the advertising of prescription drugs is allowed (the industry spends hundreds of millions dollars a year on advertising in the U.S.), studies have shown that a very significant percentage of prescriptions issued by physicians, particularly family practitioners, arise because patients ask for a specific drug because they have seen it advertised. This is hardly surprising since the purpose of advertising is to increase demand.

It has been suggested that in order to avoid a corresponding increase in demand for prescription drugs in Canada, the federal government should maintain its current ban on prescription drug advertising. However, three arguments against continuing the advertising ban are usually made:

(a) Consumers have a right to know what prescription drugs are available;

(b) Under the *Charter of Rights and Freedoms*, companies have the right to communicate with their consumers; and

(c) Since drugs can be advertised in the United States, and since Canadians can see such ads when watching U.S. channels on cable television or on the Internet, a Canadian ban is meaningless and therefore the current ban should be lifted.

With respect to (a), the question is the extent to which a consumer's right to know should be traded off against the increased cost of drugs, which will be the inevitable result of allowing the advertising of prescription drugs in Canada.

With respect to (b), constitutional lawyers have expressed mixed opinions on whether the current advertising ban is constitutional. However, it has been suggested that if a decision is made to establish a national formulary, then the constitutional issue could be avoided by having the national formulary adopt as a policy that any drug which is advertised in Canada, other than to physicians, would not be included in the formulary.

With respect to (c), the leakage at the border through U.S. cable television stations can be eliminated by having the federal government use its directive powers to order the CRTC to require that Canadian cable companies use mandatory advertising substitutions wherever a U.S. station they are carrying puts on an ad for a prescription drug.

An emerging issue is the widespread health-related information that is now available on the Internet. By all accounts, it would seem to be virtually impossible to stop the flow of such advertising across the boarder.

These are important federal policy issues on which the Committee seeks the opinions of readers of this report.

8.9 Prescription Drugs: Expanding Coverage

Most Canadians have some form of insurance coverage for prescription drugs from one source or another, including government programs, private plans through their employers and individual plans. However, since the *Canada Health Act* does not deal with prescription drugs used outside the hospital setting, public coverage varies considerably from province to province. Similarly, private insurance plans for prescription drugs provided through employer-sponsored plans or individual insurance policies are significantly different in terms of design, eligibility and out-of-pocket costs.

Information provided to the Committee by the Canadian Life and Health Insurance Association suggests that some form of prescription drug insurance protects about 97% of the Canadian population:

- employer-sponsored group plans are the primary source of insurance for Canadians providing coverage to 57% of the population;
- provincial drug insurance plans for seniors and social assistance recipients account for 12% and 10% of the population respectively;
- provincial programs for the general population (i.e. not limited to seniors or social assistance recipients) cover another 15% of the population;
- Various other plans (individual policies, affinity groups, etc.) account for a further 1%.

- programs for status Indians and eligible Inuit and Innu account for about 2%.[19]

Some 3% of the Canadian population appear to have no insurance coverage at all for prescription drugs. The Committee learned that most of these people are working age adults. Qualitative data also suggests that people in this group have the following employment profile: they are primarily unskilled workers, low paid employees, part time employees, seasonal employees, and short term unemployed. Moreover, among those with some form of coverage, there are substantial variations in the nature and quality of coverage.

The Committee learned that there are significant inter-provincial disparities in the level of drug insurance coverage. Table 1 shows that five provinces (British Columbia, Saskatchewan, Manitoba, Ontario and Quebec) achieve 100% coverage for prescription drugs in the sense that provincial government programs provide a minimum level of coverage for all residents. In Alberta, the provincial government offers a premium-funded public drug insurance program – the Alberta Blue Cross – to all residents. The 17% of Albertans who do not have drug coverage do have a public plan available to them but have decided not to join it and hence do not pay the premium. The Atlantic provinces stand out as having much lower levels of coverage than the rest of Canada. In fact, there are no public drug insurance programs available that cover all residents in the Atlantic provinces.

Table 1
Proportion of Population with Drug Coverage

	% Covered
Canada	**97**
Newfoundland	65
PEI	73
Nova Scotia	76
New Brunswick	67
Quebec	100
Ontario	100
Manitoba	100
Saskatchewan	100
Alberta	83
B.C.	100

These inter-provincial differences in drug insurance coverage rates reflect significant differences in provincial drug programs, particularly with respect to what is available to groups other than low-income seniors and social assistance recipients, who are virtually entirely covered in every jurisdiction. The inter-provincial differences also reflect different levels of coverage from private plans. The Committee learned that all provinces currently levy taxes on premiums and, in the case of Ontario and Quebec, retail sales taxes on private health insurance plans. The resulting tax burden of $1 billion a year is an important disincentive to gaining coverage under private plans, which are the major vehicle for drug insurance coverage.

[19] Canadian Life and Health Insurance Association, *Drug Expense Insurance in the Canadian Population*, 1998.

Such inter-provincial differences clearly raise public policy issues in and of themselves, as do the tax provisions noted above. However, their public policy significance comes into sharper focus when seen against the goal of avoiding "undue financial hardship" which has played such a fundamental role in forging Canadian health care policy. Despite the generally high levels of drug insurance coverage that prevail throughout Canada, many Canadians are not protected against the possibility of "undue financial hardship" due to high drug expenses.

Modern drug-based therapies can – and with increasing frequency do – require extremely high expenditures on drugs. Only those drug costs incurred in a hospital setting are covered by the *Canada Health Act*. As a result, financial hardship due to high drug expenses outside the hospital context is increasingly a real risk – indeed, it is a reality – for many Canadians.

Information provided to the Committee suggests that those currently protected from such financial hardship generally include:

1. Canadians who belong to private drug insurance plans which protect plan members against high drug expenses by effectively limiting the maximum amount a plan member must pay;
2. Canadians on social assistance and low income seniors, as these groups are eligible for public coverage which protects them against high prescription drug expenses in all provinces;
3. Canadians residing in provinces where public drug benefit plans are available to limit the overall amount any plan member must pay for prescription drug costs (Alberta, British Columbia, Manitoba, Ontario, Quebec and Saskatchewan).

The protection available from the various plans noted above is, however, by no means uniform or absolute. For example, access to the kind of provincial plan coverage described above is not automatic in all of the provinces noted above and, only a small minority of private plans caps the financial exposure of plan members.

In the four Atlantic provinces, there is no generally available public program to limit exposure of individuals and families to high prescription drug costs. Moreover, private plan coverage of any kind is less common in the Atlantic region. In fact, a recent study funded by Health Canada's Health Transition Fund found that over 25% of the population of the Atlantic region are without catastrophic coverage for prescription drugs and that another 25% might be considered under-insured.[20] It is clear that the residents of Atlantic provinces require substantial improvement in their drug insurance coverage.

---

[20] Applied Management in association with Fraser Group Tristat Resources, *Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines: Volume 2 – The Un-Insured and Under-Insured*, Submitted to Health Canada's Health Transition Fund, March 2000.

These general findings were put into a specific human context through the real-life experience of one Atlantic Canadian whose circumstances became known to the Committee. Although a professional librarian and a member of a good quality employer-sponsored plan, the individual in question faces personal out-of pocket costs of $17,000 annually due to his wife's requirement for prescription drugs costing $50,000 a year. This example clearly illustrates that even people with excellent drug insurance plans are not fully protected against the risk of undue financial hardship arising from catastrophic drug costs.

8.9.1 A National Pharmacare Initiative

The issue therefore is how to improve coverage for prescription drugs. In recent years, a number of experts have recommended that the federal government develop, in collaboration with the provinces and territories, a national Pharmacare initiative as a means of broadening insurance coverage to medically necessary drug therapy. A national Pharmacare initiative would expand coverage to those who are uninsured or under-insured and provide more uniform prescription drug benefits for the entire population.

There is no single model for a pan-Canadian Pharmacare initiative and a number of complex issues can influence the design of such a program. These include deciding:

- who should be covered (e.g., everyone, or specific groups of the population such as seniors or social assistance recipients, etc.);
- what is covered (e.g., all prescriptions, or specific categories of prescriptions, etc.);
- whether the focus should be on paying for all drug costs or on protecting against high drug expenses;
- how it should be financed (e.g., public financing only or a mix of public and private funding with deductibles, co-payments, etc.); and,
- how it should be delivered (e.g. through provincial drug programs and/or private plans and/or a new federal program).

Different experts offer different answers to each of these questions. There is also considerable controversy concerning the costs of setting up a national Pharmacare program and ensuring its long-term viability. In 1997, Palmer d'Angelo Consulting Inc. estimated the cost of funding several models of a national and universal Pharmacare program. Here is a summary of the major findings of this study:

- A fully funded, comprehensive, publicly administered, national Pharmacare plan that conforms with the principles of the *Canada Health Act* would increase public expenditures on prescription drugs by an estimated $4.3 billion.
- Other publicly administered and funded plans that require patients to pay user charges (15.9%) and dispensing fees would increase public expenditures

by $2.1-$2.5 billion. These plans would in essence "nationalize" current private plans.

- With a national Pharmacare plan similar to the drug plans that exist in Saskatchewan and Manitoba (which require very high user charges), public expenditures would fall by almost $0.5 billion. However, expenditures by individuals would increase by $0.9 billion.
- The impact on the public purse of a mixed public/private plan is considerably less than that of a public-only plan. The incremental increase in expenditures range from $0.1 billion with a plan similar to that currently in Quebec, to $1.5 billion for a plan that provides true first dollar coverage.[21]

Clearly, the cost of funding a national Pharmacare program would vary according to how it is designed. A recent study by Dr. Joel Lexchin suggested that although such a system would increase public spending, it would nonetheless save money by reducing administrative costs.[22]

As a basis for Committee consultation and dialogue, four possible options for a national Pharmacare initiative are set out below, each offering a different focus and design.

8.9.2 A Comprehensive Public Program

A fully public national Pharmacare program could be financed by both the federal government and the provinces/territories either through increased CHST transfers or through a new cost-shared funding arrangement involving 25%, 50% or more in federal money. Such a program could provide first dollar coverage and therefore comply with the *Canada Health Act*. Or it could require user charges, in which case federal funding could be subject to a "revised" *Canada Health Act* or to a set of new conditions. This would be a "greenfield initiative", replacing all current federal and provincial public drug insurance programs and would also likely make current private drug insurance plans largely redundant.

8.9.3 A Comprehensive Public/Private Initiative

Like Option 8.9.2, this initiative would focus on providing universal access to coverage for all drug expenses. However, it would do so through a partnership effort among the federal government, provincial governments and the private sector in order to expand the coverage that is currently offered under both public and private plans.

Federal cost-sharing could be provided to the provinces for the expansion of provincial drug program coverage. A special focus in this regard would be the Atlantic provinces, where there are currently no drug plans that are universally accessible. At the same

[21] Palmer d'Angelo Consulting Inc., *National Pharmacare Cost Impact Study*, September 1997.

[22] Dr. Joel Lexchin, *A National Pharmacare Plan: Combining Efficiency and Equity*, Canadian Centre for Policy Alternatives, March 2001.

time, however, equity would require providing federal assistance to those provinces which have already put in place broadly accessible programs. Such assistance could serve to encourage these latter provinces to maintain and even expand their coverage.

Recognizing that some provinces might not respond well to the cost-sharing incentives, and that therefore such programs might not reach the entire population, federal financial incentives could also be made available to private plans to encourage expansion of coverage to those who are currently un-insured and under-insured but still have some connection to the world of work (e.g. part-time workers, workers in transition between jobs, etc.).

Federal assistance to the provinces could be made subject to a number of conditions, including elimination of the major disincentives to private drug coverage posed by current provincial taxes on insurance premiums and retail sales taxes on supplementary health insurance premiums. It should be noted that Quebec used a hybrid public/private model to implement its Universal Drug Program, which has been in effect since 1997.

8.9.4 Public/Private Initiative to Protect Against High Drug Expenses

Unlike Options 8.9.2 and 8.9.3, which seek to pay for all or virtually all prescription drug costs, this option would focus on ensuring that all Canadians are protected against undue financial hardship arising from high drug expenses. This option would focus on protecting Canadians, including those who now have private drug insurance coverage, from the type of catastrophic situations described in the example in the last paragraph of Section 8.9. As such, this option is a safety net option.

Like Option 8.9.3, this option would involve a shared effort among the federal government, provincial governments and the private sector to build upon and expand protection under provincial public plans and private plans against high drug expenses. Substantial federal cost-sharing would be available to universally accessible provincial programs that capped individual exposure to high drug costs at an appropriate limit. Such a limit might be a specified percentage of income (e.g. 4% or lower, as in some current programs) or a dollar amount (e.g. $1000 per year).

As in the previous option, a special priority would be placed on inducing the Atlantic provinces to introduce provincial programs of this nature. However, cost-sharing would also be available for existing provincial drug insurance plans which already have this kind of protection.

Moreover, as in Option 8.9.3, recognizing that some provinces might not respond to the cost-sharing incentives and that hence such provincial public programs might not reach the entire population, federal financial assistance could be made available to private plans to induce them to cap the out-of-pocket expenses of individual plan members at a specified limit

(e.g. $1000/year). As under Option 8.9.3, the federal-provincial dimension could include conditions, such as the removal of the provincial tax disincentives on private drug insurance coverage.

Option 8.9.4 is likely to become increasingly important as drug costs rise and as high priced biotech drugs become an increasing part of drug utilization. There is a risk that such rising costs could cause some employers to discontinue prescription drug insurance plans. However, if employers knew that financial assistance would be made available from government once their plan had reached the limit of an employee's drug coverage, this might well persuade them to keep their existing drug plans.

8.9.5 Tax Initiative to Protect against High Drug Expenses

Like Option 8.9.4, this option would focus on capping an individual's exposure to high drug expenses. However, the tax system, rather than public and private drug insurance plans, would be the delivery mechanism.

Under this option, Canadians with expenses for "medically necessary" prescription drugs above some threshold (e.g. a percentage of income, probably in the range of 2% to 4%) would receive a tax credit for the excess amount. This credit would reduce taxes otherwise payable (for higher income taxpayers) or be paid out as a refundable tax credit (for lower income earners owing no tax). It could be designed by modifying the current Medical Expenses Tax Credit or by introducing a new, separate tax credit. Such an option would require the development of an official drug formulary listing all the "medically necessary" drugs.

One drawback to this approach is the retrospective nature of tax filing – it only helps with last year's high drug expense. This coverage could be rendered virtually irrelevant due to the prior death and/or prior personal insolvency of the intended beneficiary. This option would be more readily adaptable to meeting the needs of those with chronic high drug cost problems.

8.10 Home Care

Home care is generally defined in terms of services provided to individuals in their homes. Home care does not include care provided privately or publicly in a residential facility for long-term or continuing care purposes. There is no agreement about what services should be included in the definition of home care. Home care services can cover some types of acute care such as intravenous therapy and dialysis, long-term care provided for individuals with degenerative diseases such as Alzheimer's or chronic physical or mental disabilities, as well as end of life care for people with terminal conditions, or personal support services such as attendant services and technical aids. Home care can include both health care and social support services such as monitoring, assessment, co-ordination, nursing, homemaking, nutritional

counselling and meal preparation, occupational and physical therapies, pain control, emotional support and self-care instruction.

Thus, home care services can extend along a continuum that incorporates medical interventions as well as societal supports. Home care can be provided by formal providers who are predominately nurses, therapists, and personal support workers, or by informal caregivers who are usually family members or friends.

The 1998/99 Population Health Survey found that the majority of those who report needing care in the home due to aging, chronic illness or disability, received no formal, publicly funded care whatsoever. Between 80% and 90% of all home care in this group is unpaid. The survey did not report to what extent needs that were not being met publicly are met by private payment, by informal caregivers, or simply go unmet.

During its Phase Two hearings, the Committee heard that the need for home care will become a major challenge as the baby boomers age, average life expectancy rises, health care delivery becomes both more de-institutionalized and more technologically complex, and as work and social patterns decrease the availability of informal care-giving by family members.

Currently, each province and territory offers some form of home care program. But because home care is not considered a "medically necessary" service under the *Canada Health Act*, publicly funded home care programs vary greatly across the country in terms of eligibility, scope of coverage and applicable user charges. All jurisdictions cover services such as assessment and case management, nursing care, and home support for eligible clients. But only some provinces include various types of therapy (such as physiotherapy, speech therapy, respiratory therapy) in their publicly funded home care programs. If home care clients want services beyond those covered, they typically have to pay for them. Although home care provision has increased in most provinces in recent years, public spending on home care still represents a small proportion of overall provincial health care budgets.

Recent studies suggest that home care is cost-effective in some cases, although it seems clear that in many cases institutionalized care remains more efficient, particularly for the frail elderly. In addition, institutionalized care is always easier for service providers. However, cost and the ease of service delivery are not the only factors to be taken into account – many people want to be able to receive care in their homes, rather than in institutions. At the same time, this does not mean they want to be at home without the benefit of adequate care.

Effective home care can contribute to lower long-term costs for the health care system for a number of reasons:

- it reduces the pressure on acute-care beds by providing medical interventions in a lower-cost setting and making use of hospital resources only when really

needed (that is, home care acts as a substitute for keeping the patient in an acute-care hospital);

- it reduces demand for long-term beds by providing a viable choice for aging Canadians to maintain their independence and dignity in their own homes (that is, home care acts as a substitute for nursing-home care);
- it enables palliative care patients to spend their final days in the comfort of familial surroundings (that is, home care acts as a substitute for palliative care institutions).

Many witnesses contended that when home care substitutes for acute care, it should be treated in the same way as acute care delivered in other settings and, accordingly, it should fall under the parameters of the *Canada Health Act*.

With respect to home care that substitutes for long-term and palliative care, the issue was raised as to whether patients should be required to contribute a larger co-payment to help cover the cost of these services as long as they have the necessary financial resources. Such a larger co-payment is already required in some provinces but not in others. Where it is applied, many long-term care patients are obliged to exhaust most of their personal resources before their care is fully paid for by the government.

This issue can be summed up in the following question: is it reasonable for tax dollars to be used to pay the cost of long-term and palliative care for an individual who has the personal resources to be able to pay for their care, even if that care is provided in a long-term care institution, such as a nursing home? In other words, should individuals be subsidized by government so that they can leave a larger legacy to their children? The Committee welcomes the views of readers on this question.

Many witnesses suggested that the federal government presently has several financial avenues for influencing home care outcomes in Canada. These are outlined below:

8.10.1 A National Home Care Program

Under this option, the federal government would increase its transfers to assist the provinces and territories in developing home care programs in their respective jurisdictions. This could be done either through the CHST or through a new cost-sharing arrangement.

The program could provide first dollar coverage and therefore comply with the *Canada Health Act*, or it could require user charges, in which case federal funding could be subject to a "revised" *Canada Health Act* or to a set of new conditions.

This program could be either universal or targeted to selected population groups (e.g. the elderly or the mentally ill) or to some types of home care services (e.g. palliative care).

The federal government would have to work closely with the provinces and territories to develop national home care standards, including agreement about core services and human resource supply. The elaboration of national standards is a critical issue if home care is ever to become an integrated part of Canada's health care delivery system. The question of human resource supply is also front and centre, given the shortage of trained home care service providers, and is discussed in more detail in Chapter 11.

8.10.2 Tax Credit and Tax Deduction to Home Care Consumers

The federal government could offer enhanced financial assistance to home care consumers through tax changes. Presently, such assistance is offered through a variety of measures:

1. The Medical Expense Tax Credit (METC) is available to all taxpayers with above average medical costs. For the year 2000, the METC reduced the federal tax of an individual by 17% of qualifying medical expenses in excess of the lesser $1,637 or 3% or net income. There is no upper limit on the amount of expenses that may be claimed.
2. The Refundable Medical Expense Supplement provides increased tax assistance for low-income individuals in the paid labour force with higher-than-average medical expenses. The supplement is calculated as 25% of the allowable portion of eligible medical expenses determined under the METC, up to a maximum of $500. It is available only to individuals with at least $2,535 in earned income and is reduced by 5% of net family income above $17,663 to ensure that only low- and modest-income individuals receive benefits.
3. The Disability Tax Credit (DTC) recognizes the effect of a severe and prolonged mental or physical impairment on an individual's ability to pay tax. For 2000, the DTC equalled about $730. It should be noted that this is unlikely to be of much help considering the real costs of home care;
4. The Attendant Care Expense Deduction (ACED) is intended to reduce barriers to work. The ACED permits a patient or disabled person to deduct up to two-third of earned income for the costs of attendant care expenses that are required to enable the individual to participate in the labour force.

Suggestions for tax changes could include increasing the Medical Expenses Tax Credit on federal income tax and expanding the Attendant Care Expenses Deduction to include a deduction from the caregiver's income and to allow a deduction from all income sources, not just earned income.

In addition, consideration should be given to potential tax incentives to encourage people to put money aside for their long-term care needs. Such incentives could be

structured in a fashion similar to RRSP and RESP incentives. However, individuals with low income would either be unable to contribute or would receive a smaller tax deduction than higher income Canadians.

8.10.3 Creating a Dedicated Insurance Fund to Cover the Need for Home Care

An insurance fund approach has been suggested by the Clair Commission in Quebec to cover long-term loss of autonomy. Such a fund would be separated from general government revenue and be administered on a non-profit basis by a financial institution like the CPP or QPP pension boards. The plan would be funded through a mandatory contribution based on personal income from all sources (or it could be financed through both employer and employee contributions). The plan would be capitalized (at a rate to be determined) in order to decrease the foreseeable financial impact linked to the cost of these services for the younger generation.

Home care could be offered through benefits in kind or monetary benefits. Monetary benefits for home care would be determined, as needed, through the care plan. They would be non-taxable in the hands of the beneficiary or recognized caregivers, depending on levels and circumstances to be determined.

8.10.4 Specific Measures aimed at Informal Caregivers

In Phase Two of our study, witnesses expressed concern that the reduction in in-patient hospital services has increased the burden of care on families and friends of patients. The Committee was told that the majority of informal caregivers are women who support their family members and who must often simultaneously manage responsibility for aging parents, for their own children while holding down full-time paid work.

Currently, more than 3 million Canadians – mostly women – provide unpaid care to ill family members in the home. The Committee's Phase Two report indicates that, up to age 75, women are much more likely than men to have provided health care support to a family member. In addition, more women are being conscripted into unpaid health care work and do so without training and with little support. This combination of pressures can lead not only to stress-related illness and loss of work time for the caregiver, but can also increase the risk of neglect and mistreatment of the care recipient.

In the view of the Committee, it is very important to consider the support given to informal caregivers. The recent introduction of the caregiver tax credit (in 1998) is an encouraging sign of the federal government's awareness of the important role played by informal caregivers. Under this tax credit, Canadian taxpayers providing care to an elderly parent or a family member can reduce federal tax by up to $400 annually. However, it must be recognized that the current limit of $400 is inadequate to compensate informal caregivers for the time and resources that they provide.

Therefore, there is a need for further financing support for Canada's informal caregivers. The National Advisory Committee on Aging has recommended that the Canada Pension Plan (CPP) and Employment Insurance be adjusted to accommodate individuals who leave the workforce temporarily to provide informal care:

- The CPP currently allows people who have left the workforce temporarily to care for their children to drop these periods of little or no income from the calculation of CPP benefits. These CPP drop-out provisions could be extended to support informal caregivers who have left the workforce to care for ailing relatives.
- The EI system covers temporary disruptions of an individual's participation in the workforce. Providing EI benefits to persons leaving the workforce to care for an ailing relative would ease the financial burden of informal care-giving. It has been estimated that this option would increase the overall cost of the EI system by about $670 million per year.

The Committee was also told that the current respite needs of informal caregivers in Canada are significant. However, informal caregivers face a number of challenges in accessing respite care:

- Respite care is targeted for situations where the caregiver is seen to be on the verge of burn-out, rather than being offered early and on an ongoing basis to enable caregivers to take on the extra work of care-giving. In other words, respite care is often used as a service to address burn-out and not as a way to prevent burn-out or illness.
- When a respite program is put in place, the services offered usually focus on replacing the caregiver while he/she has time away, rather than providing a good menu of respite choices.
- Respite programs are set up and funded separately from other community/home care and long-term care services. There is a need to better integrate respite care with the range of existing services available through institutional long-term care, hospital care, home care and community agencies.

The Committee would like to hear from readers on these options and welcomes any other options not mentioned in the report.

8.11 Summary

The issues and options related to the financing role of the federal government in health care are complex, multiple and interrelated. The table below lists the options presented in this chapter.

Decisions must be made about the form and the size of federal funding for health care. If the level of federal funding is to be maintained or expanded, we must consider whether the government should continue to generate revenue through general taxation or whether other revenue could be raised through some form of direct payments by consumers. If direct consumer payments are permitted, it needs to be decided whether they should apply to all publicly funded health services, including physicians and hospitals, or only to an expanded scope of services. Allowing direct payment of publicly funded health services would require that the accessibility principle of the *Canada Health Act* be revisited.

OPTIONS FOR THE FINANCING ROLE OF THE FEDERAL GOVERNMENT	
Changes in Health Care Delivery (8.2)	Improving Efficiency and Effectiveness (8.2.1)
	Primary Care Reform (8.2.2)
	Regionalization of Health Services (8.2.3)
	Contracting Private For-Profit Facilities (8.2.4)
	Promotion, Prevention and Population Health (8.2.5)
Form of Federal Funding for Health Care (8.3)	Cost-Sharing (8.3.1)
	Current Block-Funding (8.3.2)
	Improved CHST (8.3.3)
	Medical Savings Accounts (8.3.4)
	Tax Transfers (8.3.5)
Raising Government Revenue for Health Care (8.4)	*Through General Revenue:* Reallocating Existing Revenue to Health Care (8.4.1) Increased Taxation (8.4.2)
	Through Direct Payments: User Charges (8.4.3) Income Tax on Health Care (8.4.4) Health Care Premiums (8.4.5)
Private Health Care Insurance (8.4.6)	For Health Services Delivered both Publicly and Privately
Public Health Care Coverage (8.7)	De-listing Services (8.7.1)
	Expanding Coverage (8.7.2)

Reducing the Cost of Prescription Drugs (8.8)	National Drug Formulary (8.8.1)
	Use of Lowest Cost Effective Drug (8.8.2)
	Advertising of Prescription Drugs to the Public (8.8.3)
Expanding Coverage for Prescription Drugs (8.9)	National Pharmacare Initiative (8.9.1)
	A Comprehensive Public Program (8.9.2)
	A Comprehensive Public/Private Initiative (8.9.3)
	Public/Private Initiative to Protect Against High Drug Expenses (8.9.4)
	Tax Initiative to Protect Against High Drug Expenses (8.9.5)
Home Care (8.10)	National Home Care Program (8.10.1)
	Tax Credit and Tax Deduction (8.10.2)
	Dedicated Insurance Fund for Home Care (8.10.3)
	Specific Measures for Informal Caregivers (8.10.4)

In order to relieve some of the pressures on public financing, it could be decided to allow private health care insurance to compete directly with public plans. Permitting private insurers to provide coverage similar to that offered under public health care insurance plans would necessitate a revision of the public administration principle of the *Canada Health Act.*

Canadians must also decide whether additional health services should be financed publicly and, if so, which services should be subject to public funding. There have been many discussions in recent years about broadening the scope of public financing to include prescription drugs and home care. Many options need to be considered here, ranging from federal and provincial/territorial collaboration in establishing national Pharmacare and Home Care programs to the creation or enhancement of tax credits and deductions for drug and home care costs. If the federal government is to provide funding for prescription drugs and home care, should this funding be subject to the principles of the *Canada Health Act*? Or do we need another set of principles?

Finally, it is important to remember that the renewal of the federal role in financing health care must be examined at the same time as that we consider other activities aimed at improving health care delivery, such as enhancing our ability to conduct research, developing a health infostructure and implementing population health projects and programs. It is to these issues that we now turn.

CHAPTER NINE:

ISSUES AND OPTIONS FOR THE RESEARCH AND EVALUATION ROLE

The role of the federal government in the field of research and evaluation is twofold: it encompasses both funding for health research and financial support for the evaluation of pilot projects.

The federal government has had a long tradition – over 40 years – in financing health research. In fact, up until 1994, the federal government was the main source of funding for health research in Canada. The Canadian Institutes of Health Research (CIHR) is currently the principal federal funding body for health research.

From time to time, the federal government also fulfils its role in health research by giving financial support for establishing and evaluating pilot projects that are designed to encourage innovation in health care delivery. Examples of such federal involvement include the Health Transition Fund (HTF, 1997 to 2001), which supports pilot projects undertaken jointly with provincial and territorial governments in the fields of Pharmacare, home care, primary care and integrated service delivery, as well as the Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP, 2000 to 2002), which supports provincial and territorial projects using new information technology in health care.

Throughout the Committee's hearings on health research, there was unanimous consent among witnesses that funding innovative research and project evaluation should remain a major responsibility of the federal government. With respect to health research, the main concern raised by witnesses was that Canada's funding level is low in comparison with other industrialized countries and that the federal government should devote more funding to health research. Other issues raised in the hearings related to the transfer of knowledge, regional disparities and ethics.

With regard to the evaluation of pilot projects designed to test new ways of delivering health care, all witnesses agreed that the federal government should maintain or increase its level of funding, while simultaneously addressing the issue of regional disparities. The latter issue arises because federal funding for pilot projects usually requires that a provincial government match the federal financial contribution. For Canada's poorer provinces, this is often not financially possible. Thus, most of the pilot projects supported by the federal government are in the richer provinces, and the poorer provinces which most need the help receive very little.

9.1 Innovative Health Research

Canada has an international reputation for excellence in health research. Going back to the days of Banting and Best and the discovery of insulin more than 75 years ago, Canadian researchers have made discoveries that make a difference in the lives of people around the globe. For example:

- Canadian research pointed out that one dollar spent on early childhood intervention saves, on average, seven dollars in education, social services, justice system and health care costs;
- Canadian researchers discovered and developed 3TC, a drug that helps extent lives for many people living with HIV and AIDS.

Everybody agrees that health research will be one of the major drivers of change in Canada's health care system in the coming years. The knowledge that is gained as a result of health research translates directly into better diagnosis, treatment, cure and prevention of many diseases. This, in turn, leads to reduced health care costs by:

- reducing both the social and economic cost of illness, through the development of new drugs, products, and technologies that shorten hospital stays, speed healing, and prolong good health;
- improving the efficiency and effectiveness of health care delivery; and,
- curing disease.

The federal government plays a major role in supporting health research carried out in universities, teaching hospitals and research institutes ("extramural" research), as well as in its own laboratories ("intramural" research). During Phase Two of its study, the Committee was told that strategic investment today by the federal government in programs and initiatives like the Canadian Institutes for Health Research (CIHR), the Canadian Foundation of Innovation (CFI), the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), Genome Canada and the Canada Research Chairs (CRCs) will pay huge dividends for our health care system tomorrow.

Ongoing advances in genetics and genomics are of particular interest. For example, the ability to identify people whose genes make them susceptible to a given disease will enable a profound shift to take place in health care – moving the emphasis from disease treatment to disease prevention and health promotion. The better we understand the molecular mechanisms that underlie disease, the sooner we will be able to develop an entirely new generation of drugs that can combat the alterations made by disease to our molecular machinery. This knowledge, coupled with our growing appreciation of the complex interplay between genetic, social, and environmental factors that determine our susceptibility to disease, will transform our health care system over the next 10-20 years.

The creation of the CIHR by the federal government in April 2000 recognizes the critical link between a cost-effective and innovative health care system and a vibrant, internationally competitive health research industry. The CIHR brings together all four pillars of health research – biomedical, clinical, health services and systems, and population health research. It encourages Canadian researchers to take an integrated approach to the health issues that concern Canadians.

9.1.1 Increasing the Federal Share of Health Research Funding

The federal government plays an important role in funding health research in Canada. For example, in 1998, almost $370 million of federal funding was allocated to health research. This was prior to the establishment of the CIHR. However, the proportion of health research funding provided by the federal government declined steadily from a high of 28% in 1992 to 16% in 1998. Since 1994, the pharmaceutical industry has been the leading source of funds for health research in Canada.

The federal government believes that its position in terms of health research funding will greatly improve as a result of the establishment of the CIHR along with additional investment announced in both the February 2000 budget and the October 2000 Economic Statement and Budget Update. The federal government also provided an additional grant of $140 million in February 2001 to Genome Canada bringing its total budget to $300 million.

During its Phase Two hearings, the Committee was told that while the increase in federal funding represents significant support for health research, Canada still does not compare favourably with other countries in this regard. In fact, the role of the national government in financing health research, expressed in purchasing power parity (PPP) per capita, is far more important in the United States, the United Kingdom, France and Australia than in Canada. For example, the American government provides four times more funding per capita to health research than does the Canadian government.

Witnesses unanimously recommended that the federal government's share of total spending on health research should be increased to 1% of total health care spending from its current level of approximately 0.5%. This would mean at least doubling CIHR's current budget to $1 billion. In the view of several witnesses who testified before the Committee, this would bring the level of the federal contribution to health research more in line with that of national governments in other countries. More importantly, such federal investment would help maintain a vibrant, innovative and leading edge health research industry.

The Committee welcomes opinions on the option of raising the federal share of total spending on health research to 1% of total health care spending. We are particularly interested in obtaining views on how this greatly expanded federal funding for health research should be invested: should it be strategically targeted to the development of a number of areas (such as Aboriginal health, rural health, mental health, gender analysis, determinants of health,

home care, etc.), or should it be distributed more evenly across the full range of health research areas?

9.1.2 Sustaining the Transfer of Knowledge

The Committee was told that the outcomes of health research must be made available, notably to policy-makers and health care providers, but also to the general public. There is a need to establish a public awareness campaign to inform Canadians about, among other things, genetic research, animal cloning, and embryo research. There is also a need to disseminate the results of health research to health care providers and policy makers. The timely transfer of knowledge generated by health research to policy makers and health care providers would greatly enhance evidence-based decision-making to the benefit of all Canadians.

One organization, the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), is dedicated to knowledge transfer. The CHSRF is a not-for-profit organization established with federal funding whose mission is to sponsor and promote applied research on the health care system in order to enhance its quality, and to facilitate the use of research results in evidence-based decision-making by policy-makers and health care managers.

The CHSRF is devoted to health services research. What is needed, therefore, is an organization whose task would be to disseminate the results of biomedical and clinical research. One option could be to establish such an organization within the CIHR or within Health Canada. Another option could be to create a separate federal agency devoted to this task.

9.1.3 Reducing Regional Disparities

The Committee heard that there is great regional disparity in terms of health research capacity across the country. For example, some medical facilities and academic health centres, particularly in the Atlantic provinces and in the Prairies, are currently under-funded and unable to respond to the challenges of contributing to Canada's success in developing a globally competitive health research industry.

Provinces that do not have a critical mass of expertise and proven excellence are at a severe advantage both in grant competitions and in the recruitment and retention of talented personnel. Provinces with larger budgets are able to offer salaries and resources that lure away well-trained and talented researchers from provinces with smaller budgets. Witnesses told the Committee that this internal competition for talented people is counter-productive and that this matter requires rapid attention from the federal government.

The Committee was glad to hear that the CIHR currently manages the Regional Partnerships Program (RPP) which provides health research funding dedicated to reduce regional disparities. Six provinces are eligible for funding under the RPP: Saskatchewan, Nova

Scotia, Newfoundland, Manitoba, Prince Edward Island and New Brunswick. In addition to funding health research, the RPP supports local strategic planning processes to establish research priorities and partnerships, emphasizing the recruitment and retention of promising and/or excellent researchers, building on local strengths and priority interests of the research institutions.

The Committee would like to hear comments about the RPP programs as well as about other potential options on how the federal government can contribute to reducing provincial disparities in health research capacity.

9.1.4 A National Human Research Ethics Oversight Body

The Committee was told that health research must be undertaken in a way that ensures that the highest ethical standards are respected. Witnesses stressed that health research requires transparent and credible ethical procedures, primarily so that human subjects involved in research can be protected. Ethical principles must apply to all health research activities. It is also important to monitor, analyze and evaluate ethical issues pertaining to health research.

Recently, the CIHR, along with two other federal agencies funding research, the Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC) and the Natural Sciences and Engineering Research Council (NSERC), announced the creation of a new governance structure, the "Panel on Research Ethics," which will govern federal policy relating to the ethical conduct of research involving human subjects. This policy is entitled *Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans* (TCPS). The Committee was told that while the current policy has high standards, effective oversight is required to ensure compliance with those standards. Moreover, the Panel on Research Ethics will review research funded by the CIHR, the SSHRC and NSERC, not all health research performed in Canada.

It was suggested that a national oversight body independent from the CIHR be established to provide ethics review functions for all publicly and privately funded health research, and in particular research using human embryo or foetal tissue, including embryonic stem cell research. We welcome your views on such a national oversight body.

9.2 Financing and Evaluation of Innovative Pilot Projects

In recent years, the federal government has been involved in the financing of pilot projects aimed at improving the delivery of health care. An important component of these pilot projects is the requirement to provide an evaluation of outcomes, including reporting on the impact of the project on health status and on health services utilization, its cost effectiveness, and improvements made in the provision of care.

For example, in 1997, the federal government announced the Health Transition Fund (HTF). This $150 million Fund supported 141 projects and numerous sub-studies across

Canada in four priority areas: home care; Pharmacare/pharmaceutical issues; primary health care; and integrated service delivery. These projects were intended to generate evidence that governments, health authorities, hospitals and others could use in making informed decisions on how to provide better, more effective health services to Canadians. An overall evaluation of all these projects will be made public by Health Canada in March 2002.

Another example is the Canada Health Infostructure Partnerships Program (CHIPP), a two-year, $80 million, shared-cost incentive program, which was announced in June 2000. The objective of CHIPP is to support the implementation of innovative applications of information and communications technologies in the field of health care. The overall goal is to help improve accessibility and quality of care for all Canadians, while enhancing the efficiency and long-term sustainability of the health care system. CHIPP supports projects in the areas of telemedicine, tele-homecare and electronic health records. Like HTF, an evaluation plan is required for all CHIPP projects.

9.2.1 Federal Investment in the Evaluation of Pilot Projects Aimed at Improving Health Care Delivery

The Committee was told that pilot projects and evaluative research are expensive operations; however, there is no alternative to carrying them out if we are to obtain information on cost-effectiveness and health outcomes. The option here is therefore for the federal government to maintain, and even increase, the financial support it provides to the establishment and evaluation of pilot projects in the field of health care delivery.

9.2.2 Reducing Regional Disparities in the Funding of Pilot Projects

A major concern, however, was raised with respect to federal programs which involve federal/provincial cost-sharing. The Committee was told that federal investment in pilot projects sometimes widens regional disparities.

For example, under CHIPP, federal funding requires matching funds from the applicant. The relative needs of the different regions for service improvements, or health service deficiencies in particular regions, were not considered to be relevant in the project selection. According to witnesses, those provinces that already had money got more money, and those in great financial need were not able to apply because they could not afford the matching funds. Witnesses stressed that, while the opportunity to change the design of CHIPP has passed, the federal government should ensure that other federal programs supporting the evaluation of pilot projects should not replicate this aspect of the CHIPP program. Program conditions should place greater emphasis on projects in locations that have the greatest need, the willingness to act, and the commitment to implement system change, and less emphasis on provincial financial contribution.

CHAPTER TEN:

ISSUES AND OPTIONS FOR THE INFRASTRUCTURE ROLE: TECHNOLOGY AND INFORMATION SYSTEMS

The Committee understands the concept of "health care infrastructure" to encompass the broad mix of resources – both physical and human – that sustain the delivery of health care. In this sense, infrastructure includes not only bricks and mortar and medical equipment and technology, but also human resources, the educational sector and the information and communication systems that support health care providers.

As stated previously, the federal government is not responsible for the administration, organization and delivery of health care, except to specific subgroups of the Canadian population. It is thus the responsibility of the provinces and territories to determine how many beds will be available in their jurisdictions, what categories of health care providers will be hired and how the system will serve the population. However, the federal government has a long tradition of assisting the provinces and territories to fulfil these responsibilities.

A prime example of this role is the Hospital Construction Grants Program of 1948. Under this program, the federal government paid the full cost of building hospitals in every province and territory. As a result, from 1948 to 1960 the number of hospital beds in Canada increased at a rate that was twice that of population growth. Similarly, in the 1960s, the federal government contributed capital funds towards the expansion of a number of medical schools. These federal funds made it possible for most of the health science centres in this country to be built, helping to ensure the provision of high quality education for health professionals, research and patient care.

More recently, the federal government has provided funding to the provinces and territories for the acquisition of health care technology, the development of health information systems and the establishment of a public reporting mechanism on the state of health of Canadians and on the performance of the health care system.

In addition to targeted programs, federal transfers provided under the CHST are also available for use by the provinces and territories for investment in the health care infrastructure to improve both health care delivery and the education of health care providers.

During the Committee's study, all the witnesses who participated in the hearings on health-related information pointed to the critical role of the federal government in the health care infrastructure. They all agreed that this role must be maintained, and even expanded. Two options can be proposed: 1) that the federal government maintain its current level of funding for health care infrastructure or 2) that this level of funding be increased. These options necessarily

involve trade-offs between the various components of the health care infrastructure (e.g. medical equipment versus human resources versus health information systems) as well as between the various components of the overall health care system (infrastructure versus hospital services versus home care.)

The options related to the federal role in the health care infrastructure are multi-faceted. For this reason, they will be dealt separately in the following sections. As well, given the broad range of issues pertaining to human resources in health care, the human resources options are covered in the next chapter.

10.1 Health Care Technology

It is generally agreed that health care technology constitutes an important component of health care delivery in industrialized countries. Health care technology can improve the speed and accuracy of diagnosis, cure disease, lengthen survival, alleviate pain, facilitate rehabilitation and maintain patient independence. However, many issues were raised before the Committee about the availability, assessment and cost of both new and existing health care technologies in Canada. Witnesses stressed that these issues need to be addressed if Canadians are to derive the maximum benefits health care technology can provide, while still maintaining an affordable health care system.

The Committee was told that although Canada ranks 5th among OECD countries in terms of total spending on health care (as a percentage of GDP), it is generally among the bottom third of OECD countries in the availability of health care technology. For example, Canada lags behind many other countries in terms of access to CT scanners, MRIs and lithotriptors.

Availability is not the only issue with respect to health care technology. The "aging" of that technology is also of concern. For example, information provided to the Committee indicates that between 30% to 63% of imaging technology currently used in Canada is outdated. The Committee was told that the shortage of new technology and the use of outdated equipment impede accurate diagnoses and limit the quality of treatment that can be provided. This situation, which can have a negative impact on the health of patients, also raises concerns about the legal liability of health care providers.

During the Committee's Phase Two hearings, witnesses contended that the aging of the Canadian population as well as increased public expectations will greatly influence future needs for health care technology. Many experts told the Committee that the current deficit in health care technology requires a serious re-evaluation of the way in which equipment is supplied, funded and distributed in Canada.

Witnesses also argued that the restricted availability of health care technology has often been translated into limited access to care and lengthened waiting times. The Committee

is concerned by the shortage of health care technology and the impact this might have on waiting times. In its view, timely access to diagnosis and treatment is a crucial objective that must be ensured in Canada's health care system (see Section 7.4).

10.1.1 Funding the Acquisition and Upgrading of Health Care Technology

The federal government has recently responded to the deficit in health care technology. In September 2000, it announced that it would invest a total of $1 billion in 2000-01 and 2001-02, to assist the provinces and territories in the purchasing of new medical equipment. This funding was made available upon passage of legislation in October 2000, and it allows provinces and territories to start making immediate acquisitions of necessary diagnostic and clinical equipment.

Although the medical community has welcomed this injection of new federal funds, a number of concerns remain. First, some provinces have not applied for their share of this fund, possibly because the federal government requires matching grants. Second, the Committee heard that there are apparently no mechanisms for ensuring accountability on the part of the provinces as to exactly where money targeted towards purchasing new equipment is actually spent. Third, additional resources are required to operate the equipment. Estimates suggest that a $1 billion investment in new equipment necessitates an additional $700 million to cover operational costs. And fourth, this investment does not address the problem of the old equipment that needs to be upgraded. It was estimated that a further $1 billion investment would be required for the upgrading of existing equipment.

One option could therefore be to have the federal government commit to a longer term program of financing for health care technology. Such federal funding would encompass both the acquisition of new health care technology and the operation and upgrading of existing equipment. As part of this program, provincial and territorial governments could be required to report to Canadians on how they have invested these federal funds; otherwise, the federal government has no way of knowing if its money is spent on the things it is intended to be used for.

The decision to acquire new health care technology should also be based on the appropriate assessment of its efficacy and cost-effectiveness. This issue is discussed in more detail below.

10.1.2 Investing More in Health Care Technology Assessment

Health care technology assessment (HTA) provides information on safety, clinical effectiveness and economic efficiency. HTA can assist in deciding whether a new technology should be introduced and when an existing technology should be replaced. More importantly, HTA contributes in many ways to improving the quality of health care: it ensures that health care technologies are effective, that they are applied in the appropriate cases and conditions, and that the least costly technology is used to achieve the desired outcome.

Both federal and provincial/territorial governments support various HTA agencies. At the federal level, the Canadian Co-ordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) plays three major roles: it co-ordinates all HTA activities across the different jurisdictions; it attempts to minimize duplication by other national or provincial/territorial organizations; and it performs HTA activities on its own.

The Committee was told that not enough attention is devoted to HTA in Canada. For example, all levels of government invest less than $8 million in Canada, whereas the United Kingdom provides some $100 million to its national HTA body – the National Institute for Clinical Excellence (NICE). As a result, health care technologies are often introduced into the Canadian health care system with only superficial knowledge of their safety, effectiveness and cost.

Another important issue relates to the poor dissemination of the evidence generated by HTA activities to health care providers and managers. An improvement in this regard would certainly raise the quality of health care delivery and strengthen the formulation of public health care policy.

The main option therefore is for the federal government to invest more in health care technology assessment and to enhance the awareness and use of HTA findings. Raising the level of funding provided to the CCOHTA would help fulfil this option.

10.2 Health Information Systems

During Phase Two of the Committee's study, witnesses stressed that a major weakness in our current health care system is that it still operates as a "cottage industry" (see the first part of Chapter 5), despite the fact that the health care sector is an extremely information intensive industry. Indeed, the most important single ingredient in any diagnosis or treatment is information. The health care sector in Canada is not making use of information and communications technology to the same extent as do other information intensive industries. Moreover, the health care system is not integrated: physicians and other health care providers, hospitals, laboratories and pharmacies all operate as independent entities with limited access to linkages that would enable a better sharing of information.

Greater use of information and communications technology along with better integration of health care providers and institutions would facilitate the determination of causal relationships between the various inputs typical of the health care system and the resulting outputs or outcomes. This would greatly improve evidence-based decision-making by health care providers, health care managers and health care policy makers. This would allow us to answer such questions as: Are we investing enough, too much, or too little in health care technology? Are there too many, too few, or just enough physicians, nurses, or other health care professionals? Are we getting our money's worth? Currently, we simply do not know the answers to these questions.

Many witnesses pointed to the urgency of improving our capacity to manage health information, and suggested that this be done even if it means that in the short term waiting lists become somewhat longer, less health care technology is purchased, and other expenditures are postponed. In the view of many witnesses, enhancing our ability to manage health information is essential to the survival of Medicare.

The use of information and communications technology in the field of health care is often referred to as "telehealth". As discussed in the Committee's Phase Two report, the telehealth applications that are envisioned in Canada for the purpose of sharing information and integrating health care delivery include a system of Electronic Health Records (EHR) and an Internet-based health information system:

- The EHR is an automated provider-based system within an electronic network that provides complete patients' health records, including their visits to physicians, hospital stays, prescribed drugs, lab tests, and so on.
- An Internet-based health information network is a system that provides accurate, evidence-based health information to the general public on: health promotion and disease prevention; information on treatment options and drugs, as well as on illness management (e.g. blood pressure, diabetes or obesity); information on public health issues (e.g. quality of air, water and food); information on the effects of health determinants; and so on.

Telehealth is the foundation of what many people in Canada call the "health infostructure". Various components of a health infostructure are currently being implemented at all levels of government. However, these initiatives are all at different stages of development. In addition, they are isolated within organizations, institutions and provinces and currently constitute "a patchwork of unconnected projects, whose value would increase immensely if part of a coherent whole."[23] The key issue is how to bring all these diverse infostructures together.

This is what the federal government is seeking to achieve through the development of a Canadian Health Infostructure. The proposed Canadian Health Infostructure will not be a single massive structure, but a network of networks, building on the initiatives that are already in place or under development at the federal, provincial and territorial levels.

It is a great challenge to integrate the information systems of 14 jurisdictions (10 provinces, 3 territories and the federal government). It is also an ambitious, costly and long-term undertaking which will take years to bring into being. It will require that careful attention be paid to ensuring the privacy and confidentiality of patient information which will form the basis of the information systems. Most experts believe, however, that it is essential to do so if we wish to acquire reliable information on the health of Canadians, the state of our health care system, and on the efficiency and effectiveness of health services delivery and distribution. Most

---

23 Report of the National Conference on Health Info-Structure, February 1998, p. 19.

importantly, it appears imperative to do so if we want to improve the quality of health care Canadians receive.

10.2.1 Deployment of a Pan-Canadian Health Infostructure

The federal government has been making financial contributions to the Canadian Health Infostructure since 1997. The provinces and territories have also expressed their desire to be involved in deploying a Canadian Health Infostructure. On September 11, 2000, the First Ministers agreed to work together to: 1) strengthen a Canada-wide health infostructure to improve quality, access and timeliness of health care for Canadians; 2) develop an electronic health record system and enhance technologies like telehealth over the next few years; 3) work collaboratively to develop common data standards to ensure compatibility of health information networks; 4) ensure stringent protection of privacy, confidentiality and security of personal health information; and 5) report regularly to Canadians on health status, health outcomes, and the performance of publicly funded health services."[24]

In support of the agreement reached by First Ministers, the federal government committed $500 million in 2000-01 to accelerate the adoption of modern information technologies to provide better health care.[25] The Committee was told that this money will be invested in a not-for-profit organization, known as Canada Health Infoway Inc., that will work with provinces and territories to create the necessary common components of an EHR over the next three to five years. This will represent a major step towards the full integration of the health infostructures.

Considerable agreement exists among the provinces and territories and other stakeholders that the federal government should foster collaboration in this area. The Committee welcomes this collaboration between the federal government and the provinces and territories.

Estimates suggest that between $6 and $10 billion would be needed to achieve full implementation of the Canadian Health-Infostructure. Nonetheless, there is a wide consensus that the benefits of a pan-Canadian Health Infostructure will be enormous.

The only real option, therefore, is for the federal government to continue its leadership role, pursue its collaborative approach and provide increased funding to assure the full deployment of the Canadian Health Infostructure. Once again, provincial and territorial governments and health care stakeholders receiving federal funding should be required to report to the federal government on their utilization of these federal funds.

---

24 First Ministers Meeting, *Communiqué on Health*, News Release, 11 September 2000.

25 First Ministers Meeting, *Funding Commitment of the Government of Canada*, News Release, 11 September 2000.

In implementing this option, priority should be given to electronic patient records, since this kind of system is the cornerstone of an efficient and responsive health care delivery system that is able to improve quality and accountability. Without this kind of infostructure, the prospects for a truly patient-oriented health care system, and for enhancing efficiency in health care delivery, are dim. In fact, an EHR is essential if primary health care reform is to be realized.

10.2.2 Investing in Telehealth in Rural and Remote Communities

Not only can telehealth applications enhance the sharing of information among the various health care providers and health care settings, but they also offer the possibility of delivering care over large distances. Telemedicine is a form of telehealth applications that can greatly improve quality and timely access to care, particularly in rural and remote Canada.

Up to 30% of Canada's population lives in rural, remote and northern areas of the country. Accessibility to health care is one of the four patient-oriented principles of the *Canada Health Act*. However, rural Canadians are increasingly voicing concern regarding disparities between services available in rural and remote areas and those in urban areas.

The federal government has responded to the concerns of rural Canadians in a number of ways. For example, the Office of Rural Health was established in September 1998 to ensure that the views and concerns of rural Canadians are better reflected in national health policy and health care system renewal strategies. In February 1999, the federal government announced funding of $50 million over three years (from 1999-00 to 2001-02) to support pilot projects under the "Innovations in Rural and Community Health Initiative".

In June 2000, the federal government announced a National Strategy on Rural Health that it sees as an important milestone on the road to ensuring that all Canadians have reliable access to quality health care. Then, in July 2001, the federal government announced the establishment of a Ministerial Advisory Committee on Rural Health to provide advice to the federal Minister of Health on how the federal government can improve the health of rural communities and individuals.

Tele-medicine is an important component of the overall rural health policy of the federal government. In the context of rural health, telemedicine offers the following advantages: it addresses the shortage of rural health care providers and medical training; it improves rural health infrastructure; it enables conformity with the accessibility principle of the *Canada Health Act*; and it ensures a more equitable development of health information systems across the country.

The option suggested here is for the federal government to sustain its efforts in rural health and tele-medicine.

10.2.3 Ensuring Confidentiality and Privacy of Personal Health Information

The issue of privacy, confidentiality and security related to personal health information in the context of the Health-Infostructure was perhaps the most sensitive one raised during the Committee's hearings on this question. While these three terms are sometimes used interchangeably, they are, in fact, entirely separate issues:

- *Privacy* refers to the right of individuals to control their personal health information – including the collection, use, and disclosure of that information.

- *Confidentiality* deals with the obligation of health care providers to protect the personal health information of their patients, to maintain its secrecy and not misuse or wrongfully disclose it.

- *Security* refers to the set of standards in and around information systems that protect access to the system and the information it contains.

In other words, privacy drives the duty of confidentiality and the responsibility for security. Protection of privacy in Canada is a shared responsibility between the federal and provincial/territorial governments. Currently, the legal framework for protecting individual privacy is composed of a patchwork of various laws, policies, regulations and voluntary codes of practice. The Committee was told that the first step that needs to be made is to gain support for the harmonization of legislation and regulation across Canada so that the privacy of Canadians will be protected in matters of health. Witnesses stressed that Canadians need to be assured that governments are taking all the necessary steps to implement stringent rules in this regard.

The Committee was pleased to learn that a resolution for the harmonization of legislation is being examined by all jurisdictions and that an agreement is expected soon. At the technological level, it has already been demonstrated that a greater level of confidentiality and security of personal health data can be achieved electronically than is possible in a paper world. The problems that must still be overcome concern mostly the architecture of the systems that are to be put in place, and their governance from a pan-Canadian perspective.

However, the Committee is concerned by the noticeable lack of progress among stakeholders with respect to Bill C-6, the *Personal Information Protection and Electronic Documents Act.* In November and December 1999, the Committee held hearings on this Bill. The hearings focused largely on concerns regarding the application of Part 1 of the Bill to the collection, use and disclosure of personal information. The Committee was of the view that, while Part 1 is adequate in setting minimum legal standards for protecting the personal information of Canadians in the commercial arena, the appropriateness of these standards for the health care sector was open to question. Therefore, the Committee amended the Bill so that its application to personal health information would be delayed for one year following the coming into force of the legislation (January 1st, 2001). The purpose of this amendment was to provide health care stakeholders with an opportunity to formulate legislative measures appropriate to the special

nature of personal health information and to put these changes in place by January 1st, 2002. The amendment was accepted by the House of Commons, and the Bill received Royal Assent on 13 April 2000.

When the Committee met on the issue of health-related information in May 2001, witnesses indicated that no consensus had yet been reached on the changes that are required to Bill C-6 to ensure the flow of data between health care stakeholders involved in the health infostructure. The application of Bill C-6 to organizations involved in health information systems as well as in health research must be clarified in order that they may continue to provide information that is critical for the improvement of the health of all Canadians. It is the hope of the Committee that solutions will be found to this problem before the end of the one-year moratorium on December 31st, 2001.

10.3 Accountability and Quality

An important outcome of the Canadian Health Infostructure will be the generation of a massive amount of health information. In fact, the Canadian Health Infostructure will "enable the creation, analysis and dissemination of the best possible evidence as a basis for informed decisions by patients, informal caregivers, health care providers, health care managers and policymakers."[26] It is the view of all levels of government, as well as of all health care stakeholders, that an evidence-based health care system can provide greater accountability and ensure continuous improvement to health status and health care delivery as well as a better understanding of the determinants of health.

The federal government, along with the provinces and territories, clearly made a commitment to move towards greater accountability in the area of health care with the signing of the First Ministers' Agreement in September 2000. The Committee was told that a Performance Indicators Reporting Committee (PIRC), chaired by Alberta, with Newfoundland, Quebec, Ontario and Health Canada as members, is working to address issues and make recommendations on a list of indicators. Similarly, the report by the Canadian Institute for Health Information (CIHI), entitled *Health Care in Canada*, is a step towards a national accounting process for the health care system.

Recently, Minister Rock stated that the federal government is committed to creating a "Citizens' Council on Quality Care. Decisions about how that council will be appointed and how it will function will be made in collaboration with provincial and territorial ministers of health.

The Committee strongly supports the ongoing development of performance indicators. Performance indicators should be developed according to a set of outcome-oriented goals, and will serve as useful tools in improving the quality of health care delivery. They will

---

26 Advisory Council on Health Infostructure, *Canada Health Infoway: Paths to Better Health*, Final Report, February 1999.

also provide the basis for enhancing accountability of government to the Canadian public as well as accountability between governments. The Committee also believes that a Citizens' Council on Quality Care could provide useful guidance in the development of outcome-oriented goals.

10.3.1 An Annual Report on the Health Status of Canadians and on the State of the Health Care System

Currently, the Canadian Institute for Health Information (CIHI), which receives funding from the federal government and most provinces, is responsible for co-ordinating the development and maintenance of an integrated health information system. To this end, CIHI provides a series of indicators on the health status of Canadians and on the health care system. The option suggested here is to expand CIHI's information analysis and its capacity to report publicly.

10.3.2 A National Health Care Quality Council

This option would be similar to the recommendation by the Fyke Commission in Saskatchewan, in that it suggests the creation of a National Health Care Quality Council that would be an independent, evidence-based organization, at arm's length from government. Its purpose would be to provide the most objective assessment and evaluation possible of health service delivery and it would report to both government and the general public. The Council would undertake analysis of the performance of the health care system, develop benchmarks and standards, undertake cost and benefit analysis of programs and services, and assess trends in health status, etc.

The performance indicators developed by the National Health Care Quality Council would lay the foundation for quality improvement and serve as a guide to resource allocation. The Council would pinpoint areas in need of support and allow the public to make more informed judgements on individual sectors and services, as well as on the overall system. This would greatly improve the prospects for optimizing the use of available public resources.

10.3.3 Ensuring Greater Government Accountability

There are two directions to government accountability. The first involves the federal government reporting to Canadians on its policies and programs with respect to health care (public accountability). The second involves provincial/territorial reporting to the federal government on the use of federal transfer payments (government to government accountability).

The federal government could set a valuable example by establishing a permanent mechanism for reporting to the Canadian public on the impact of all its policies affecting health and health care. One possibility could be to create a Health Commissioner charged with this task. The initiative called "Healthy People" headed by the Surgeon General of the United States, with the collaboration of the US. Department of Health and Human Services, could be considered as a possible model. "Healthy People" establishes a set of health objectives to be

achieved over a decade, and these then serve as the basis for developing activities and programs at the community level. Leading health indicators are tracked for the purpose of evaluating progress in public policies in 10 broad areas: physical activity; overweight and obesity; tobacco use; substance abuse; responsible sexual behaviour; mental health; injury and violence; environmental quality; immunization; and access to health care.

The second form of accountability – government to government – may appear problematic for some people who feel that there should be no role for the federal government with regard to establishing the accountability of provincially delivered programs. Many witnesses rejected this view. Given the substantial amount of money the federal government contributes to the provinces for health care delivery, accountability to federal taxpayers requires that the government understands how well, or how poorly, its contributions are being spent. The affirmation of a role for the federal government with respect to government to government accountability is not meant to tread on provincial prerogatives, but rather to allow all Canadians to judge how their tax dollars are being spent, including by the federal government in its role of provider of services to specific population groups. The Committee looks forward to receiving ideas on how this form of accountability can be most effectively carried out.

CHAPTER ELEVEN:

ISSUES AND OPTIONS FOR THE INFRASTRUCTURE ROLE: HEALTH HUMAN RESOURCES

11.1 Introduction

Talk of a 'crisis' in health care has a good deal of plausibility in relation to human resource issues, particularly with regard to the situation facing registered nurses (RNs) in Canada. The Canadian Institute for Health Information (CIHI) reports a decline of 7.2% in the number of RNs employed in nursing since 1989,[27] while the ratio of practising registered nurses to the Canadian population dropped from one nurse for every 120 Canadians in 1989 to one for every 133 Canadians in 1999. According to the Canadian Nurses' Association, there is looming crisis in the supply of qualified nursing personnel. The Association forecasts that by 2011 there will be a shortfall of at least 59,000 nurses in Canada, but that this shortfall could be as high as 113,000 if all the needs of an aging population are taken into account.

There are also shortages of other health care professionals, in areas ranging from laboratory technologists to pharmacists. Assessing the situation with regard to physicians is more difficult. While the total number of physicians has increased, the physician-to-population ratio has, despite fluctuations, remained relatively constant over the years. Between 1986 and 1991, the physician-to-population ratio in fact improved somewhat, going from 1 physician for every 555 Canadians to 1 for every 516 people. It then declined to 1 in 524 in 1996. By 1999, this ratio had further deteriorated to 1 physician for every 546 people, a level that was, however, still lower than the 1986 ratio. Recent projections by the Canadian Medical Association (CMA) suggest that we have not yet seen the end of this trend. They anticipate that by 2021, if current trends remain stable, the ratio will drop to 1 physician for every 718 people.

Yet the aggregate numbers do not tell the whole story. Availability of physician services varies widely depending on what kind of doctor one is dealing with and where one lives. There is little doubt that there is a long-standing problem of geographical distribution of physicians, with all rural and remote areas having great difficulty recruiting and retaining both GPs and specialists. The gap between rural and urban Canada in this regard is growing. There are also certain specialities that are experiencing serious shortages, including radiology and geriatrics. Moreover, there is evidence that many younger doctors and female doctors[28] are not prepared to work the long hours that were once considered normal, meaning that more physicians could be needed in the future.

---

[27] CIHI, Health Care in Canada, 2001.

[28] Data indicates that female physicians practise fewer hours than their male counterparts, averaging 48.2 hours per week compared to the male average of 55.5 hours per week. Female physicians will make up 40% of the physician supply by 2015 according to projections by The Task Force on Physician Supply in Canada. Canadian Medical Forum Task Force, p. 11

However, many experts caution that there are complex and overlapping factors that influence the availability and deployment of human resources. Shortages are not necessarily due to an absolute lack of numbers of qualified personnel. Many nurses, for example, have left the profession because of frustration with lack of career opportunities or with working conditions. Moreover, nurses feel that their training would allow them to contribute more to patient care than the system currently allows.

Should we be concentrating on encouraging nurses to return to active practice, should we be training greater numbers of new nurses, or should we be doing both? Others have suggested that reforming the organisation of primary care services to make better use of the differentiated skills of all health care professionals could ease the real or perceived shortage of physicians, although it could also have the effect of increasing the demand for nurses, exacerbating the existing shortage.

It does appear certain, however, that there is unlikely to be a quick fix to human resource problems faced by the health care sector. On the one hand, even if the priorities for training were easily agreed to, it takes years to educate and train most health care professionals. But more importantly, it is not necessarily simply a matter of opening up new training places and hoping that they will be filled. Declines in the number of younger people studying to become nurses, for example, can be partly attributed to a greater range of career opportunities now available to young university-educated women and to the widespread perception that, because of fiscal constraint in the health care sector, nursing is not as attractive a career option as it might once have been.

In the past, Canada has been able to rely on recruitment from abroad to fill some of the gaps. For example, over 50% of doctors practising in Saskatchewan are international medical graduates (IMGs), that is, they have been trained elsewhere and moved to Saskatchewan later in their careers. However, other countries now face many of the same shortages that confront our system, and there does not seem to be much sense to countries endlessly poaching each other's highly trained health care professionals.

11.2 The Need for a National Human Resources Strategy

All national organizations representing health care professionals that appeared before the Committee during its Phase Two hearings insisted that what is needed is a country-wide, long-term, made-in-Canada, human resources strategy co-ordinated by the federal government. Of course, not only do the provinces and territories have the responsibility for the delivery of health care services to their populations, they are also responsible for education and training. The challenge is therefore to find a way to develop such a strategy in a manner that is acceptable to the provinces and territories.

The federal government needs to be actively involved in helping to devise such a strategy for several reasons. In the first place, the federal government, as the government

responsible for the delivery of health services to Canada's aboriginal population and military personnel, must ensure that its needs are considered together with those of the provinces and territories in a national human resources plan.

Second, any plan must take into account the mobility of Canadians, particularly those with professional education and training. Its elaboration should therefore be the result of federal/provincial/territorial collaboration, so that the complex problems relating to the supply and geographical distribution of human health resources can be adequately addressed.

Provincial and territorial governments may resist the involvement of the federal government in the development of such a national human resources strategy. For example, when they met in August 2001, the provincial and territorial premiers and leaders agreed to develop ongoing inter-provincial co-operation to ensure that there is an adequate supply of health care providers, without the involvement of the federal government. However, the Committee believes that a national strategy (not a federal only strategy) involving all governments is needed.

The Committee welcomes comments on how best to co-ordinate the activities of the different levels of government in this area.

11.3 Towards a Spectrum Approach

There are two other human resource issues that clearly require the attention of all governments:

- How to make the best use of the full spectrum of differently qualified health professionals, so that the full range of abilities of each type of professional is productively employed;
- How to recruit, train and retain an adequate supply of health care professionals who can adapt to the changing health and health care needs of the Canadian population.

The overlap between these two issues is a further illustration of the complexity of the issues involved in human resource planning. The demand for different health care professionals will depend in part on how one conceives of the health and health care needs of the population, and it is the strength of the demand for each kind of professional that should determine priorities for education and training. Moreover, the attractiveness of embarking on different careers in the health and health care fields will also depend in part on how the different professions interact on the job.

Today there is a largely hierarchical structure to the 'ranking' of health care professionals and other caregivers. Specialist doctors are generally perceived to be at the top,

followed by family physicians, various categories of nurses, from those with advanced training (nurse practitioners) through to auxiliaries (licensed practical nurses). Other professionals, from pharmacists to laboratory technologists, receive less attention but are no less important to the smooth running of the system. Then there are the practitioners of various kinds of complementary medicine who continually struggle for full recognition of their contribution to the health and well-being of Canadians. And finally there is an army of informal caregivers and volunteers whose essential work often goes completely unrecognized.

We need therefore to ask explicitly whether it is time to move away from this hierarchical way of thinking and attempt to adopt a 'spectrum' approach to health human resources. Such a 'spectrum' concept would challenge the idea that 'specialist' physicians are somehow 'higher' up the ladder by virtue of their more in-depth knowledge of a particular area than their family practitioner colleagues, or that doctors, in general, are necessarily more 'highly' qualified than nurses. Rather, it is based on the assumption that each profession has its particular strengths and these all need to be properly valued and deployed.

Consider the following facts from a 1999 report of the Ontario Health Services Restructuring Commission :

- One third of billings by specialists in Ontario in 1997 (at a total cost of $1.4 billion) was work that could have been done by family doctors;
- The five most frequently used billing codes by Ontario family doctors in 1997, which account for about 69% of the total amount billed by these doctors (at a cost of $1.2 billion), were for: intermediate assessments (well baby care), general assessments, minor assessments, individual psychotherapy, and counselling. The clinical consultants to the Ontario Health Services Restructuring Commission were of the opinion that most, if not all of the services these bills represent could well be provided by nurse practitioners, nurses and many well-trained health professionals.

Dr. Duncan Sinclair, the Chair of the Commission, went on to say:

"Throughout Canada we are not using our well and expensively trained, highly qualified health professionals – specialists, family doctors, nurses, pharmacists, rehabilitation therapists, the lot – to anything like the full extent of their capabilities.

Having a doctor do work that a nurse practitioner or nurse could do is like calling an electrician to change a light bulb or a licensed mechanic out of the garage to fill your tank and check the oil and tire pressure – would they do a good job? They would do an excellent job! But would it be a good use of their time, training and expertise? It would not! It would constitute an expensive and

inefficient use of scarce resources, both of money and the expertise of very talented people."

11.4 Primary Care Reform and Human Resources

One of the major obstacles to the development of a plan that could help deal with these issues are the existing rules which define what the various health professions can, and cannot do (called the scope of practice rules). This points to the importance of considering the impact of primary care reform on our ability to rationalize the use of human health resources. Primary Health Care (PHC) is the first level of care, and usually the first point of contact that people have with the health care system. PHC supports individuals and families to make the best decisions for their health. PHC services need to be:

- co-ordinated
- accessible to all consumers
- provided by health care professionals who have the right skills to meet the needs of individuals and communities being served, and
- accountable to local citizens through community governance.

Multidisciplinary team work must therefore be a vital part of PHC. However, the goal of this team work should not be to displace one health care provider with another, but rather to look at the unique skills each one brings to the team and to co-ordinate the deployment of these skills. Clients need to see the health worker who is most appropriate to deal with their problem.

The way in which health care is now delivered in Canada does not normally reflect a PHC philosophy (although Community Health Centres are an example of organizations that do deliver health services using a PHC philosophy). Health services are often not co-ordinated, nor are they being provided by the most appropriate practitioner and the knowledge and skills of many practitioners are not being fully utilized.

Primary health care reform has become a high priority in all provinces and territories. In September 2000, provincial and territorial governments all agreed to accelerate primary health care renewal. They all agreed to promote the establishment of multidisciplinary primary health care teams that provide Canadians first contact with the health care system.

The federal government is actively supporting the efforts of provinces and territories in primary health care reform and renewal. More precisely, it has established a Primary Health Care Fund of $800 million over four years (2000-2004) to support the transitional costs of implementing systemic, large-scale, primary health care initiatives. Some 70% of the funds are to be devoted to major provincial and territorial reforms, while the

remaining 30% is going to support national and multi-jurisdictional initiatives related to advancing primary health care reform.

The implementation of a PHC strategy, as noted earlier in this report, also entails rethinking the current reliance on fee-for-service payments as the main way of remunerating physicians. A fee-for-service actively discourages physicians from promoting teamwork, as their individual salaries depend on the number of patients they see. Moreover, it encourages family physicians to refer as a matter of course many of the more complex cases to specialists since they have no incentive to spend more time with 'difficult' cases. Finally, a fee-for-service reinforces the public's perception of the current 'hierarchy' within the health care system, and can only serve to accentuate demand on the part of individual patients to always consult the most 'highly' qualified practitioner, regardless of whether or not they are the one best-suited to meeting the patient's needs.

The main alternatives to a fee-for-service payment are salary and capitation based systems, where physician practices are remunerated based on the number of registered patients. Currently, some physicians with important teaching or administrative duties are on salary, while there have been a number of initiatives aimed at organising group practices in various provinces that utilise forms of capitation. It is also possible to combine these various forms of payment (as they do in Great Britain).

Finding alternative means of remuneration for physicians is not the only obstacle to be overcome in reforming the current system so that better use can be made of all types of human resources in the health care sector. Reform in this area necessarily challenges the current distribution of decision-making power, and is therefore likely to be resisted by those who are presently perceived to be in the most powerful position. Primary care reform would have the effect of expanding the number of people sharing the top of the pyramid, and means will have to be found to persuade those who are now in the dominant position to share some of their power.

In summary then, the options that would allow for a more efficient use to be made of the full range of human resources in the health care sector by operationalizing a 'spectrum' approach are intimately related to primary care reform that would ensure that patients have access to a continuum of care provided by differently skilled health care professionals. It should be noted that this is something that is of particular importance in the context of an aging population that will be making increasingly diversified demands on the health delivery system. As well, attention will need to be paid to ensuring that the training of health care professionals enables them to cope with the constant evolution of the system, and, in particular, fosters an ability to cooperage productively in multi-disciplinary teams.

11.5 Incentives for Individuals

Finally, it is important to consider various ways of encouraging individuals themselves to seek the most appropriate form of care. Canadians have been led to believe that they must see a doctor when consulting a nurse, or a nurse practitioner, may suffice, or that a specialist is needed when a general practitioner might easily provide care of comparable quality. The health care delivery system needs to be organized so that it is possible for patients to consult the most appropriate health care professional, and there need to be incentives that either reward patients for making the best choice or penalize them when they behave in a way that is unnecessarily costly to the system.

Among the options that could be considered to accomplish this goal are user fees that would kick in if (and only if) a patient insisted on seeing a particular health care professional when it was not considered necessary at the initial point of contact between the patient and the system. Referrals that were made on the advice of a health care professional (triage nurse, general practitioner) would be free of charge, but if patients requested a further consultation of their own volition, they would be required to pay a user fee that could vary according to the type of professional consulted. These fees could be made refundable if the consultation proved necessary, so as to avoid overly discouraging those who wish to obtain a second opinion on their case. It might also be possible to guarantee shorter waiting times for consulting some categories of professionals, and to use this as an additional incentive to promote cost-conscious behaviour on the part of health care consumers.

The Committee seeks the views of readers on what forms of rewards and penalties would be the most effective in encouraging behavioural change on the part of patients — change that would help patients to distinguish between real need and desired demand, and help make the health care system less costly while still retaining the same level of medical effectiveness.

11.6 Recruitment, Training, Retention

On most estimates, however, simply reforming the delivery of primary care will not solve all the foreseeable human resource problems. Moreover, implementing primary care reform will take time, if for no other reason than it will have to overcome many entrenched prejudices and behaviours among professionals and the public alike, as well as having slowly to break down the hierarchies that still characterise the structure of our health care system.

Some human resource issues cut across all the health care professions, while others are more specific to each discipline. For example, a whole range of decisions that were implemented in the course of the 1990s with the aim of controlling the growth in health care expenditures led to hospital closures, reductions in the availability of medical school places, the casualisation of many positions throughout the health care system, etc. Fewer people were increasingly being asked to do more with less. Doctors and nurses alike have complained that they are no longer able to provide the kind of care they would like, that they were trained to

deliver, and that their patients request and require. Moreover, heavy workloads and the explosion of new research means that it is a serious challenge for all health care professionals to remain current in their fields.

11.6.1 Financing

Most of these broader human resource issues relate to the level of resources that are available to the health care system. That is, they are strongly influenced by the overall level of funding. If more resources are required, where are they to come from and how are they to be paid for? The options that relate to these kinds of questions were raised in Chapter 8, the financing chapter of this report.

11.6.2 Research

But there are also some general issues that are directly related to human resources. The first of these concerns the availability of data to enable effective human resource planning. There continue to be large gaps in what is known about the state of the existing workforce and in our ability to forecast future needs. In this regard, the federal government must continue to play an important role in ensuring that accurate data is collected and made available to all governments and to all stakeholders in the health care system.

11.6.3 Dealing with the 'Brain Drain'

Over the years there has been considerable media attention paid to the 'brain drain' in the health care sector. The extent and the causes of the migration of skilled professionals southward is a subject of controversy. But there does seem to be sufficient evidence to conclude that in this regard, as with most health human resource issues, simplistic analyses are not helpful.

It has sometimes been contended that it is a more onerous tax regime in Canada that drives high-earners to seek more favourable circumstances elsewhere. Surveys among doctors, however, indicate that income is usually not the prime motivator for leaving Canada, and that the conditions under which they are able to practice their profession ranks higher. Similarly, for nurses who move southward, it is often things such as the possibility for continuing education that attracts them rather than only higher salaries (although it has to be said that for nurses the possibility of obtaining full-time, rather than part-time or casual, employment is also a major attraction).

The point is that it is the overall set of working conditions that face health care professionals that need to be addressed if we are to retain as many of them as possible in this country, rather than just concentrating on any single factor, such as reducing the levels of taxation.

Moreover, it is this same comprehensive package of working conditions that might be able to persuade health care professionals who have left the country to return. A report written for the Provincial First Ministers recently suggested that the federal government take on the co-ordination of a 'return-to-Canada' campaign to lure health care professionals back from the United States.[29] It is certain that a co-ordinated effort involving both levels of government would have a better chance of success, given the complex network of issues that have contributed to the departure of many health care professionals from Canada.

We will now look briefly at some of the issues that relate to the particular professions and types of care.

11.7 Physicians

11.7.1 Training

As a result of attempts to contain growing costs, the number of places in medical schools was reduced over the course of the past decade. In particular, the Barer-Stoddart Report recommended in 1991 that enrolment in Canadian medical schools, along with positions in postgraduate training positions, be decreased by 10% in order to deal with a perceived unwarranted increase in physician supply.

Despite the report's admonishments that this recommendation not be implemented in isolation from the others it proposed[30] (53 in all), policymakers did precisely that. As a result, according to data from the Association of Canadian Medical Colleges, the size of first year classes in medical colleges has declined by 16% since 1991. Canada is now one of the most difficult countries for a student to gain entrance to medical school. The current first year enrolment of 1570, or 1 per 19,000 citizens, puts Canada well behind other industrialized countries such as the United Kingdom (1 per 12,200 citizens) or Australia (1 per 13,500).

A second dimension to the issue of enrolments has to do with rising tuition costs at medical schools across the country. There are concerns that it will soon only be possible for the most well-to-do to afford the costs of medical training.

Options that need to be considered include:

- Federal assistance via student loans
- Federal funding for medical school expansion

---

[29] As reported in the *Globe and Mail*, Saturday, July 28, 2001, p. A1.

[30] The report stated: "...isolated policies on undergraduate medical school enrolment may do more harm than good if they are not combined with appropriate companion policies concerning graduates of foreign medical schools, financing of academic medical centres, residency training, and quality assurance, to name only a few." P. 6

11.7.2 Geographic Maldistribution

As already noted, there is little disagreement that there is a worsening problem of geographic maldistribution of physicians that leads to reduced access to needed health care services in Canada's remote and rural regions. There is evidence to suggest that physicians setting up their practices are more likely to choose rural or remote areas if they come from those backgrounds or if their training has exposed them to the positive challenges associated with locating in these areas.

As early as the Barer-Stoddart report in 1991, various measures were proposed to help alleviate the shortage of physicians in under-serviced areas. Many of these, including the following, remain worth considering today:

- Reserving undergraduate medical school places for qualified applicants willing to commit to rural area practice;
- Revising admissions criteria for medical school to favour qualified rural applicants;
- Enhance rural area exposure in both undergraduate and post-MD training;
- Developing new residency training programs designed explicitly to prepare specialists to serve as rural regional consultants;
- Introducing or increasing financial incentives to encourage choices of specialities in short rural supply.

While these kinds of measures do not fall directly under the purview of the federal government, it may nonetheless be possible for it to contribute financially to fostering these kinds of initiatives in the context of a comprehensive national health resources strategy that would be negotiated at the federal/provincial/territorial level. What is certainly clear is that a program of incentives, dealing both with issues of remuneration and other working conditions, is required in order to address the increasingly serious problem of physician shortages in rural and remote areas.

11.8 Nurses

The factors contributing to the global discontent in the nursing profession in the 21st century are complex, multi-faceted, and interwoven with issues of gender, power and economics — not to mention broad employee and societal discontent that goes far beyond nursing. Ten years of downsizing the health care system have only exacerbated the situation by producing unhappy patients, horrific workloads for nurses across the system, destruction of organizational loyalty, and decaying morale among all healthcare workers. There *is* no easy *fix*, and no single strategy will turn the situation around. That being said, there are some short term strategies that likely would relieve some of the daily irritants lived by nurses, and in concert with longer term, system-wide workforce planning, would go a long way to improving working lives of nurses. Most important among these:

- the place where the work takes place must itself be healthy, safe and secure
- the tools required to do the job must be in place
- the work being done must be interesting and attractive enough to offer its own intrinsic rewards to those who carry it out — and at the same time must be adequately rewarded, recognized and respected externally
- working hours and the interplay of home life and work life must be addressed, particularly in a workforce largely staffed by women

The federal government is already collaborating with the provinces and territories in developing strategies to improve the working conditions for nurses across the country and in helping ensure an adequate supply of nurses in the future. These strategies need to specifically address the following issues:

- ***Workload.*** Patient care is a labour-intensive product that requires a full support team that includes environmental services, food services, clerical services, movement of materials, patients and equipment. Nurses are an expensive and shrinking resource and we cannot afford to be using them to carry out those non-nursing tasks. *If nothing else is done, workload must be addressed* in all settings across the system.

- ***Lifestyle Needs***. Child care in or near the work setting, safe convenient parking, flexible scheduling systems (new scheduling software), creative scheduling, union contracts will need to look at innovative scheduling options (e.g. different lengths of shifts, permanent shifts, etc.), food should be accessible to workers in all settings on all shifts.

- ***Work Status***. Create permanent full time work. Studies show that the least secure jobs produce the most anxiety, burnout, absenteeism, and poorer health

- ***Professional Practice & Leadership***. Nursing suffers from poor morale and a systemic lack of work excitement. Nurses want to feel that they are regarded as true professionals who can make valuable contributions to decisions concerning patient care. Nurses want the space to provide quality care. They want freedom, innovation, as well as safe and secure environments. Qualified executive and head-nurse *nursing* leadership are essential. One nursing leader position in an agency is *not* nursing leadership. Capacity building needs to happen at all levels and must be supported nationally to improve the professional practice aspect of the nursing workplaces.

- ***Equipment & Supplies***. We need immediately to conduct an inventory in every unit across the country, take note of absent, broken or dangerous equipment, and replace it immediately. This is a *quick hit* that could pay off significantly within weeks. We need to pay attention to the basics as equipment is funded; what nurses need to provide care is not MRI

scanners - they need thermometers and wheelchairs, towels and scissors, patient lifts and IV poles, computers and books and even cars in community settings

- ***Education***. Nursing culture is one of life long learning. We need to put the system supports in place to support that need (employer-based *in-services* as well as formal education, plus the need for replacement staff, tuition, nurse educators in the workplace)

11.9 Other Health Care Professionals

Many other health care professionals, from pharmacists to laboratory technologists to ultrasound technicians, have voiced similar complaints to the ones expressed by doctors and nurses over deteriorating working conditions throughout the health care delivery system. As well, these other professional groups often have a lower profile than either doctors or nurses which means their particular concerns are often less visible. For example during its hearings the Committee was told that because medical technology is a field that appeals to technically oriented people, many training programs are having difficulty filling their available places despite the existence of jobs for graduates. With regard to other health care professionals as well there is an ongoing problem with a lack of accurate data on the evolving situation.

11.10 Summary

There are four broad issues which are intertwined in the human resource planning problem:

- What role should the federal government play in the development of a national human resources plan for all health services sector personnel?
- What role should the federal government play in helping to implement such a plan (e.g. through infrastructure funding or financial contributions to training programs)?
- How can individual Canadians be "trained" or given incentives which will help them to differentiate and discriminate between their true needs for health services and their desired demand?; and
- How can those who are currently perceived to be at the top of the health care power structure be persuaded to relinquish some of their power and to change the scope of practice rules so that a more efficient use of health services personnel can be achieved (where efficient means that a patient is always seen by a health care worker who is qualified to address the patient's needs, and who will refer the patient when necessary to a differently qualified service provider if that is what the patient genuinely requires)?

The difficulty in addressing these issues is that the first two depend critically on the assumptions one makes about the timing and the precise nature of the progress which can be made on the last two issues.

CHAPTER TWELVE:

ISSUES AND OPTIONS FOR THE POPULATION HEALTH ROLE

In 1974, the then federal Minister of Health, Marc Lalonde, released a working document entitled *A New Perspective on the Health of Canadians.* This report was extremely influential in shaping approaches to health both in Canada and internationally. The report recognized the impact of individual behaviour on health outcomes, and stressed that individual Canadians should assume greater responsibility for their health. But more importantly, the Lalonde report put forward the idea that a good health care system is only one of numerous factors that help keep people healthy. In recent years, some experts have suggested that 25% of the health of the population is attributable to the health care system, while 75% is dependent on factors such as biology and genetic endowment, the physical environment and socio-economic conditions.

In fact, as mentioned in the Phase One report of the Committee, there is agreement that multiple factors – called "determinants of health" – influence individual health status. These include: income and social support; education; employment and working conditions; social environment; physical environment; personal health practices and coping skills; early childhood development; health care; gender; and culture.

The term "population health" is used to refer to the overall state of health of a population that is brought about by all these determinants of health. Unlike traditional health care, which deals with individuals one at a time when they become ill, population health strategies aim to improve the health of an entire population through broadly based policies and programs that focus on these broader determinants of health.

The objective of a population health approach is to ward off potential health problems before they require treatment within the health care system. It is therefore oriented toward preventing a problem from arising as opposed to the health care system which focuses on fixing a problem once illness or injury has occurred.

At the same time, it is important to recognise that a population health approach does not advocate the replacement of traditional health care — rather, in working out how best to improve health outcomes, a population health approach attempts to take into account all determinants of health, as well as their interaction. Population health advocates believe that investing more human and financial resources in a population health approach would improve the health outcomes for a given population, and, in the end, reduce demand for the services required to treat illness.

One of the key attractions of a population health approach is that it widens the framework for understanding why health status is not uniform for all Canadians. Our universal

health care system has ensured equitable access to insured services, but not necessarily to good health for everybody. A wide range of health status indicators show significant disparities among Canadians in terms of geographical location, demographic factors, socio-economic conditions, gender differences and so on.

Therefore, population health strategies encompass a broad range of activities, ranging from health promotion and disease prevention to overall policies and programs that influence income distribution, access to education, housing, water quality, workplace safety, and so on, which all have an impact on health status.

12.1 Trends in Diseases

The 20th century revolution in health care has significantly altered the pattern of diseases, with the causes of mortality shifting away from infectious diseases and towards non-communicable diseases. Chronic diseases, such as cancer and cardiovascular disease, are now the leading causes of death and disability in Canada, while unintentional injuries are the third most important cause of death. However, some infectious diseases once thought to have been conquered – like tuberculosis – are re-emerging and antibiotics are becoming increasingly ineffective against them. Rapid international transport of foods and people also increases the opportunities for infectious diseases to spread.

During Phase Two of its study, the Committee was informed that the total cost of illness was estimated at $156.4 billion in 1998. Direct costs (such as hospital care, physician services and health research) amounted to $81.8 billion, while indirect costs (such as lost productivity and lower quality of life) accounted for $74.6 billion. The diagnostic categories with the highest total costs were cardiovascular diseases, musculoskeletal diseases, cancer, injuries, respiratory diseases, diseases of the nervous system, and mental disorders.

According to witnesses, many diseases, and most injuries, can be prevented. In their view, the only way to reverse disease trends and reduce the burden of illness is by investing more in health promotion, disease prevention and population health. More importantly, however, they pointed to a strong tendency for government to focus on curing diseases, rather than on preventing them. For example, clinical treatment has been the most common chronic disease strategy and there has been only a limited political will to expend resources on health promotion and disease prevention. Outcomes from such programs are generally visible only over the longer term, and are therefore less attractive politically than money invested in health care facilities, such as hospitals.

12.2 Some Disturbing Trends

While it is perhaps trite to observe that today's youth represent the future of the country, a number of health trends that affect Canadian young people in particular are of great concern.

A recent study has raised the alarm with regard to overweight and obese children in Canada. Researchers found that the body mass index of Canadian children between the ages of 7 and 13 has increased dramatically in recent years. In 1981, 15% of boys and girls were overweight, but by 1996 the percentages of overweight children had grown to almost 29% of boys and 23% of girls. Childhood obesity also more than doubled over the same period and research suggests that children and adolescents with excessive body mass are more likely to experience health problems as adults.

Eating disorders such as bulimia and anorexia nervosa remain a serious problem, especially among young women. Approximately 90% of those with eating disorders are women, and these disorders usually develop between ages 14 to 25. In Canada, over 38,000 women suffer from anorexia nervosa, and more than 114,000 women suffer from bulimia. While the majority of physical complications in adolescents with eating disorders can be remedied over time, some may be irreversible. Although the full extent of the long-term consequences remain unclear, among the medical complications that are potentially irreversible are pubertal delay or arrest, impaired acquisition of peak bone mass later in life, and increased risk of osteoporosis in adulthood.

According to Statistics Canada, the vast majority of Canadians are aware of the risks associated with smoking – only 4% of Canadians 12 and over in 1996-97 felt that there were no smoking-related health risks for those who light up. Despite the widespread knowledge of the dangers of smoking, over a quarter of Canadians age 12 and up still smoke daily or occasionally, putting them at risk for lung cancer, heart disease and other health problems, and significant numbers of young Canadians start smoking each year.

A number of other broad trends among the Canadian population are also worth noting. Work prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health estimated that about 3% of Canadians suffer from severe and chronic mental disorders, such as manic depression and schizophrenia, that can cause serious functional limitations and social or economic impairment. This translates into approximately one in every 35 Canadians over 15 years of age. The National Population Health Survey of 1994/95 found that some 29% of Canadians had high levels of stress; 6% of Canadians felt depressed; 16% of Canadians reported that their lives was adversely affected by stress; and 9% had some cognitive impairment such as difficulties with thinking and remembering. Canadian youth, in particular, report the lowest levels of psychological well-being.

Approximately 42% of adult Canadians do not possess sufficient literacy skills to allow them to deal with everyday reading tasks, including reading about health matters. Canada is rather unique in that there is a rapid deterioration in literacy skills in mid-life, rather than in later life, as is the case in Sweden, for example. The Committee was told that a number of factors could help explain this difference. Swedes read twice as much in the workplace as Canadians do and they also tend to read more at home. Swedes participate in adult education at a level that is twice the average for Canadians, and they do so throughout their working lives, whereas we see the same kind of reduction in adult education participation in midlife as we see

in literacy levels in Canada. The Committee was also told that, despite increasing education, literacy levels in Canada over the coming decades are likely to remain stable, unless there is an extraordinarily large investment in enhancing literacy skills. This is a major concern, given that about 15% of today's literacy is determined by the previous generation's literacy. Since literacy is an important determinant of health, there is a vector for the intergenerational transmission of inappropriate health behaviours.

12.3 Determinants of Health: Some Evidence

Disease issues are complex, in large part on account of the immense diversity of determinants of health, and this complexity is further compounded by the interaction among these various factors.

According to many experts, socio-economic status constitutes the most powerful influence on health. Whether we look at how people rate their own health, at premature mortality, at psychological well-being or at the incidence of chronic disease, socio-economic status remains strongly correlated with health status. Differences in health status are readily evident in a comparison of the highest and lowest income groups. Canadians with low incomes and low levels of education (which are often related) are more likely to have poor health status, no matter which measure of health is used, and people's health improves on virtually all measures and in all of the factors that influence health as levels of income and education increase.

In other words, high-income Canadians are more likely to be healthy than middle-income Canadians, who are in turn healthier than low-income Canadians. Indeed, it is estimated that if the same death rates as for the highest income earners applied to all Canadians, over one-fifth of all potential years of life lost before age 65 could be prevented. The Committee was also told that:

- Canadians with low literacy skills are more likely to be unemployed and poor, to suffer poorer health and to die earlier than Canadians with high levels of literacy;
- Canadians with higher levels of education have better access to healthy physical environments and are better able to prepare their children for school than people with low levels of education. They also tend to smoke less, to be more physically active and to have access to healthier food;
- Despite reductions in infant mortality rates, improvements in education levels, and reductions in substance abuse in many Aboriginal communities, Aboriginal Canadians remain at higher risk than the Canadian population as a whole for illness and early death.

12.4 The Role of the Federal Government

The federal government's role with regard to health promotion, disease prevention and population health is a well established one. Following the public release of the Lalonde report in 1974, the federal department of health created community programs and issued specific social marketing campaigns aimed at health promotion (such as ParticipAction, "Dialogue on Drinking" and the Canada Food Guide).

The report, *Achieving Health for All*, released in 1986 by the then federal Minister of Health, Jake Epp, broadened federal policy to encompass both health promotion and disease prevention. The Epp report also placed a particular emphasis on the determinants of health. Programs that were initiated during that period include Canada's Drug Strategy, the Heart Health Initiative, Healthy Communities, a National AIDS strategy, etc.

In the 1990s, the concept of population health was officially endorsed by the federal, provincial and territorial Ministers of Health. This prompted the publication of three major reports that provided data on the determinants that affect the health status of Canadians and set out frameworks to guide the development of population health policies and strategies.[31]

The findings of all these reports offered the federal government a way of participating in the elaboration and implementation of policies and programs that affect the health of Canadians from outside the traditional health care sector (which is, essentially, a provincial/territorial responsibility). In 1997-98, Health Canada formally adopted a population health framework for its programs and initiatives. Other federal department and agencies are also involved in population health strategies. For example:

- Population health is one of the four pillars of health research at the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). Moreover, the CIHR Institute of Population and Public Health specifically supports research into the complex interactions (biological, social, cultural, environmental) which determine the health of individuals, communities, and global populations.

- The Canadian Institute for Health Information (CIHI) is responsible for the Canadian Population Health Initiative. This initiative also provides support to research oriented towards advancing our understanding of the determinants of health that affect the Canadian population, and towards the formulation of policies that will improve population health and reduce health inequities.

- The National Children's Agenda involves a variety of healthy child development initiatives, including the Canada Prenatal Nutrition Program, Aboriginal Head Start, the Community Action Program for Children, the National Child Benefit, as well as maternity and parental leave benefits that are covered under Employment Insurance.

[31] A summary of these reports is provided in Chapter 5 of the Committee's Phase One report.

It is clear that the longstanding federal role in health promotion and disease prevention should be maintained and strengthened. Moreover, the federal government has been recognized as a leader worldwide in elaborating the concept of population health. It could, once again, show leadership in implementing a population health strategy for all Canadians. This is a feasible task, given the federal government's role in many areas that affect health, such as the environment, economic policy, health research, workplace safety, etc.

12.4.1 Health Promotion and Disease Prevention

Witnesses stressed that it is necessary to continue encouraging people to make smarter choices with regard to their own health. Eating healthy food, exercising regularly and not smoking are certainly important messages that must be reiterated on an ongoing basis.

Although there was some initial resistance to a number of preventive campaigns, many nonetheless proved to be very successful. A good example is the law requiring people to wear seatbelts. Prior to the passage of legislation, only an estimated 15% to 30% of Canadians wore seatbelts, whereas, the rate of seatbelt use is currently about 92% among drivers. This has resulted in an impressive reduction in motor vehicle fatalities in Canada.

However, witnesses suggested that, to date, a number of other strategies that attempted to prescribe 'good behaviour' have not been very successful, and noted that part of the challenge lies in creating an environment that allows people themselves to make the right choices.

Prevention efforts have to be tailored and flexible. There is no 'one size fits all' strategy. For example, sexually transmitted disease trends change as sexual practices change and therefore will always require new prevention and promotion strategies. In this regard, it is important to ensure that health information is always up-to-date. Witnesses pointed to the Canada Food Guide as an example of a good initiative, but one that has not been marketed effectively or updated and adapted over time.

One difficulty that arises with regard to the elaboration of strategies for health promotion and disease prevention is that many diseases usually have several risk factors associated with them. Comprehensive prevention and promotion strategies must therefore address the linkages between risk factors, as well as between health status and socio-economic, demographic, and environmental factors.

Strategies must also recognize the link between healthy communities and healthy citizens. For example, people may be less inclined to bike or jog if the streets are unsafe. Successful community-based programs combine an understanding of the community, with the participation of the public, and the co-operation of community organizations. Approaches that address several risk factors can produce multiple benefits. These include support for families at

risk, comprehensive school health promotion programs, and comprehensive work health and safety programs.

Furthermore, since disease and injury are not uniformly distributed across populations, strategies must also look at the linkages between health status and demographic and environmental factors, such as age, race, region of residence, and gender. Strategies must therefore address disease and injury trends among specific demographic groups, such as youth and Aboriginal peoples. For example, motor vehicle accidents predominantly affect young men, and Aboriginal youth have high rates of suicide. Adults over 65 are most affected by falls, and injuries are the leading cause of death in children. Strategies must be tailored to the situations of each affected group, and need to be targeted to the groups that will derive the most benefit from prevention.

12.4.2 Population Health Strategies

The Committee is of the view that there are several key issues with regard to population health strategies that largely revolve around the difficulties associated with how to translate research evidence concerning the importance of population health strategies into policies and programs that can be implemented. There can be little doubt that these strategies could result in improved health outcomes, but there remain significant practical obstacles to moving beyond the expression of pious good wishes to the design of concrete programs that are sustainable over the long haul.

In the first place, the multiplicity of factors that influence health outcomes means that it is exceedingly difficult to associate cause and effect, especially since the effects are often only felt many years after exposure to the cause. This time lag also means that the timeframe for judging the impact of policy in this area is a long-term one. Because political horizons are often of a shorter term nature, this can constitute a serious disincentive for the elaboration and implementation of population health strategies.

Furthermore, as noted earlier, there is already a massive infrastructure that is in place to deal with the treatment of illness, and this creates many entrenched interests within the system. It is not necessarily that people who treat illness have anything against promoting population health strategies — the contrary is no doubt the norm. Rather, it is simply that massive resources must be deployed simply to sustain the existing health care infrastructure, making it difficult to find sufficient time, energy and capital to devote to the preventive side of the equation.

Moreover, because of the diversity of the factors that influence health outcomes, it is very difficult to co-ordinate government activity in this regard. Given that the health care system itself is only responsible for a relatively small percentage of the actual determinants of health, the responsibility for population health cannot reside exclusively with the various ministries of health. Yet the structure of most individual governments does not easily lend itself to inter-ministerial responsibility for addressing complex problems, and this difficulty is

compounded several times over when the various levels of government, along with the many non-governmental players, are taken into account, as they must be if population health strategies are to be truly effective.

For example, the evidence concerning the existence of gradients of health that correlate with socio-economic levels is quite conclusive. The implication of this fact is that the promotion of population health requires a strong focus on the reduction of poverty. But there are clearly a great number of government policies that have an impact on the levels of poverty in Canada and it would be impossible to ask a ministry of health to take charge of all the policy tools that are involved, if for no other reason than this would be rightly seen as a form of 'health imperialism' by other ministries. It is also somewhat perverse, as one witness pointed out, to argue for the reduction of poverty exclusively because of the impact which poverty has on the health status on individuals. Any such initiative would have to come about as a result of the overall social policy orientation of government, something that is considerably broader than health policy alone.

The evidence suggests that population health strategies in general must be carefully thought through so that they take into account the realities facing specific communities. This implies that rigidly designed programs applied in a uniform and highly centralized fashion are unlikely to succeed. Some combination of co-ordination and decentralized implementation therefore would seem to be required.

Although there are many difficulties associated with the development of an effective population health approach, the Committee believes that it is important for the federal government to continue to try to set an example by exploring innovative ways to turn good theory into sound practice that will contribute to improving health outcomes in Canada. There are two broad options the Committee would like to put on the table and to solicit comments from readers on them.

The first of these options is developed in more detail in the following chapter, as it concerns the federal responsibility for the delivery of health care services to Aboriginal Canadians. The key idea, however, is that in an area of clear federal responsibility it should be possible for the government to adopt an explicit population health approach that would recognize the many factors that contribute to the deplorable health outcomes that are still the norm in many Aboriginal communities. There would have to be close co-ordination of the activity of the different departments that each have some responsibility in this area (Health, Indian and Northern Affairs, Finance, etc.). Ways would also have to be found to work effectively with the Aboriginal communities themselves, as well as with other levels of government that also deliver services to these communities. This approach would also provide an opportunity for the development of effective accounting mechanisms with regard to measurable health outcomes. This is an important, and often neglected, element of population health programs.

The second option would involve an even wider federal undertaking. Because of the very broad focus required to implement population health strategies, it is essential that a way be found to break down the ministerial silos that compartmentalize responsibility for policy outcomes. One way of doing this, as was already suggested in Chapter 10 of this report, would be to give responsibility to a 'Health Commissioner' for monitoring and reporting on the health impact of all government policy.

Regardless of the exact nature of the office that assumes this responsibility, the important point, however, is to devise a mechanism that enables all government policy to be screened through a population health lens. This would permit an ongoing analysis of health outcomes and provide some measure of overall public accountability. An annual report from such an office that focused on the broad determinants of health could complement the work already being done by CIHI, but also include prescriptions for how to ensure that all government policies have as positive an effect as possible on the health of Canadians.

12.4.3 Research

Many witnesses told the Committee that greater research is needed, particularly in certain areas. Often, money is spent without sufficient epidemiological research to guide where it is invested. In terms of chronic disease research, witnesses told the Committee that there is a lack of knowledge on how to use that information in the implementation of preventive strategies. In this respect, research is needed to determine how best to share health information with both providers and individual Canadians and, in particular, how best to target that information to those in lower socio-economic groups or those with poor literacy skills.

CHAPTER THIRTEEN:

ISSUES AND OPTIONS FOR THE SERVICE DELIVERY ROLE: ABORIGINAL HEALTH

A major role played by the federal government is its direct provision of a variety of health services to particular population groups. The federal government is responsible for the provision of health care, including primary care, to First Nations and Inuit communities, and some health services to the RCMP, Correctional Services, the Armed Forces and veterans. Indeed, the federal government delivers health services to more Canadians than several provinces do. In this chapter, the Committee raises specific issues with respect to the delivery of health care to Aboriginal Canadians and suggests potential public policy options for addressing those issues.

The *Constitution Act, 1982* recognizes three groups of Aboriginal peoples: Indians, Inuit, and Métis. The Indian population includes both status and non-status Indians. The *Indian Act* sets out the legal definitions that apply to status Indians (First Nations) in Canada; that is, Indians who are registered under the *Indian Act*. Non-status Indians are those who are not registered under the Act. The Inuit population of Canada lives primarily in communities in the Northwest Territories, Nunavut, Nunavik and Labrador. About 6% of the Inuit live in southern Canada. the Inuit are not specifically covered by the *Indian Act* but still receive certain benefits from the federal government. Métis people are of mixed Indian and European ancestry. The Métis are not covered by the *Indian Act* and do not receive Métis-specific benefits from the federal government.

The Aboriginal population was estimated at 1,399,300 in 2000, or about 3% of Canada's overall population. Of this total, 28.5% were status Indians living on reserve, 30.6% were non-status Indians, 20.8% were status Indians off reserve, 15.6% were Métis, and 4.5% were Inuit.

Currently, 12 federal government departments offer programs and services for Aboriginal peoples. These programs and services are numerous and include health care and social services; elementary, secondary and post-secondary education; water and sewer services; housing; environmental remediation; business development, etc. Total expenditures for these programs are estimated at $7.3 billion for 2001-2002.

Despite this large federal investment toward the health and well-being of Aboriginal peoples, very significant health and socio-economic disparities persist between the Aboriginal population and the general Canadian population. In fact, the state of health of Aboriginal Canadians and the socio-economic conditions in which they live remain deplorable. Furthermore, during the Committee hearings, status Indians living off-reserve, non-status

Indians and the Métis stressed that they often fall between the cracks of public policy with respect to meeting their unique health and health care needs.

13.1 Health and Socio-Economic Profile of Canada's Aboriginal Population

There are significant health and socio-economic disparities between Aboriginal peoples and the general Canadian population. During Phase Two of its study, the Committee heard some very disturbing testimony.

Aboriginal peoples suffer from chronic diseases to a much greater degree than do other Canadians. For example, current evidence suggests that heart problems, hypertension and diabetes are over three times as prevalent in Aboriginal communities as in the general population. The prevalence of tuberculosis and HIV/AIDS is much higher among Aboriginal peoples than among other Canadians. The rate of deaths due to injuries and poisoning is 6.5 times higher for First Nations and the Inuit than for the total Canadian population. The suicide rate among Aboriginal youth is five to six times higher than the suicide rate of the general Canadian youth population. Alcohol, substance and solvent abuse is a major problem in Aboriginal communities. Foetal Alcohol Syndrome (FAS) and Foetal Alcohol Effects (FAE) are much more prevalent in some Aboriginal communities than in other parts of Canada. Approximately 75% of Aboriginal women are victims of family violence and up to 40% of children in some Northern communities have been physically abused by a family member.

Aboriginal peoples are less likely to be in the labour force and unemployment rates are higher than for the general population. Average annual income from all sources for Aboriginal Canadians is far behind that of non-Aboriginal peoples. Some 44% of the Aboriginal population and 60% of Aboriginal children under six years of age live below Statistics Canada's low income cut-off line. Some 54% of the Aboriginal population do not have a high school diploma, compared to only 16% for the general population.

Crowded housing conditions are found much more frequently among the Aboriginal population than among Canadians in general. Mold growth has recently been identified as a critical issue in Aboriginal housing, but its full impact on health is not yet known. Access to clean, safe drinking water and adequate sewage disposal is an issue for many Aboriginal communities.

In the view of the Committee, the health of our Aboriginal peoples is a national disgrace. If the Aboriginal population was enjoying a state of health similar to that of the overall Canadian population, Canada would probably stand as the healthiest country in the world. We certainly need to do a better job. The federal government must take a leadership role in working to immediately redress this situation.

13.2 Health Service Delivery to Aboriginal Canadians

Health care to Canada's Aboriginal peoples is delivered through a complex array of federal, provincial and Aboriginal-run programs and services. Who delivers what to whom depends on a number of factors such as status under the *Indian Act*, place of residence (on or off-reserve), the location of one's community (non-isolated or remote) and whether Health Canada has signed an agreement to transfer the delivery of certain health services to an Aboriginal community or organization.

During Phase Two of its study, the Committee was told that the federal government has particular and special responsibilities for status Indians under the *Indian Act*. The provision of hospital and physician services, however, is a provincial or territorial responsibility. Status Indians who reside on reserves are entitled to the general health services provided by the provinces and territories that fall under the *Canada Health Act* such as hospitals, physician services, and other insured services covered by provincial and territorial health plans. Health Canada, however, provides direct primary care and emergency services on reserves in remote and isolated areas where no provincial services are available. More precisely, the department operates 4 small hospitals, 77 nursing stations and 217 health centres.

Health Canada also provides community-based health promotion and prevention services or funding for such services for status Indians living on reserves. Regardless of residence (on or off–reserve), status Indians receive non-insured health benefits (NIHB) funded by the federal government. These benefits include drugs, medical supplies and equipment, dental care, vision care, medical transportation, provincial health care premiums and crisis mental health counselling.

Provincial and territorial governments are responsible for delivering health services to the Inuit; thus, delivery of health services to Canada's Inuit population varies with jurisdiction of residence. In 1988, the federal government transferred responsibility for health administration to the Government of the Northwest Territories. With the creation of Nunavut, the Nunavut government assumed this responsibility for the Nunavut region. The federal government provides funds to the territorial governments to deliver health programs for status Indians and the Inuit. The federal government continues to fund non-insured health benefits for status Indians and the Inuit.

As a result of the James Bay and Northern Quebec Agreement, the federal government transferred responsibility for Inuit health services in northern Quebec to the government of Quebec then to Nunavik. The Nunavik Regional Department of Health and Social Services administers federal and provincial programs in that region.

In Labrador, the province provides health services to all residents and the federal government provides funding to the Labrador Inuit Health Commission through a transfer

agreement and contribution agreements for specific projects and for a range of federal programs including non-insured health benefits.

Métis and non-status Indians are not eligible for federal health programs. They receive medical services from provincial and territorial governments on the same basis as other Canadians.

13.2.1 A National Action Plan on Aboriginal Health Services

Overall, jurisdictional barriers to the provision of health services to Aboriginal peoples exist on two levels. The first barrier arises from the division of powers between the federal and provincial governments. Provincial governments provide equitable access to health care under the *Canada Health Act* for all residents including status Indians living on reserves and the Inuit, but take the position that the federal government is responsible for certain health services (e.g. prescription drugs or home care) to Aboriginal persons who are Indians under the *Indian Act* (status Indians). As a result, witnesses told the Committee that health services not covered by the *Canada Health Act* but otherwise provided by the provinces may or may not be provided to status Indians and Inuit communities.

Other consequences of having two jurisdictions involved in delivering health services include program fragmentation, problems with co-ordinating programs and reporting mechanisms, inconsistencies, gaps, or possible overlaps in programs that prevent the rationalization of services and block the development of a holistic approach to health and well-being.

The second jurisdictional barrier stems from the divisions among Aboriginal peoples that arise as a result of the *Indian Act*. Because Métis and non-status Indians are excluded from the legislation, they are not eligible for most federal programs. In the view of witnesses, this lack of recognition leaves the Métis and non-status populations in a jurisdictional void.

The Committee agrees with the witnesses that these barriers must be overcome rapidly and that all levels of government – federal, provincial, territorial, municipal, band and settlement – should develop a comprehensive plan that could meet the health care needs of all Aboriginal peoples in Canada. The federal Minister of Health should play a leadership role in co-ordinating such a plan.

Therefore, the proposed option is for the federal government to undertake, in collaboration with the provinces, territories and Aboriginal representatives of all groups, the development of a National Action Plan on Aboriginal Health to improve inter-jurisdictional co-ordination of health care delivery. The special contribution of the federal Minister of Health would be to facilitate such co-ordination.

13.3 Ensuring Adequate Access to Culturally Appropriate Health Services

Accessibility to health care is one of the four patient-oriented principles of the *Canada Health Act*. However, access to adequate health services remains a challenge in remote and isolated Aboriginal communities. Most health care is provided by community health clinics or nursing stations staffed by nurses and only offering basic services. Patients with serious health problems are treated in the major urban centres. A lack of appropriate infrastructure and shortages in key health care providers contribute to this problem.

13.3.1 Aboriginal Health Care Providers

Witnesses suggested that the federal, provincial and territorial governments should address the shortage of health care providers in Aboriginal communities by developing a long-term strategy to increase the number of Aboriginal health care providers. As part of this strategy, the federal government could provide the necessary resources to train Aboriginal Canadians across a wide range of health sector disciplines. In 1996, the Royal Commission on Aboriginal Peoples made a similar recommendation. More precisely, the Commission called upon the federal and provincial/territorial governments, along with the academic community and health professional groups, to implement a program to train 10,000 Aboriginal health care workers. A long-term strategy should also address issues that relate to the training, recruitment and retention of qualified personnel in emerging areas of importance such as home care workers, early childhood educators, diabetes prevention workers, telehealth and systems development technicians, etc.

13.3.2 Telehealth

Tele-medicine can also play an important role in improving access to health services in Aboriginal communities. In the context of remote and isolated Aboriginal communities, telemedicine offers the following advantages: it addresses the shortage of health care providers and the lack of medical training; it improves the health care infrastructure; it enables conformity with the accessibility principle of the *Canada Health Act*; and it ensures a more equitable development of health information systems across all regions of the country.

13.3.3 Culturally Appropriate Health Services

Perhaps most importantly, witnesses stressed the need to provide Aboriginal peoples with "culturally appropriate" health services. This means that their cultural experience and traditions must be taken into account when designing and implementing services. For some witnesses, culturally appropriate services are those that can be accessed through the use of an interpreter or provided by Aboriginal workers. For others, culturally appropriate care involves the combination of both western medicine and traditional healing approaches. Witnesses also emphasized to the Committee that Aboriginal peoples are not a homogeneous group. They called for this distinctiveness to be recognized in the delivery of health programs and services.

The Committee welcomes opinions on how adequate access to culturally appropriate health services can be best achieved for all Aboriginal Canadians.

13.4 Population Health

People from all of Canada's Aboriginal groups do not simply define health as the absence of disease. They talk about "wellness" and adopt a broader view of the concept of health that encompasses the spiritual, physical, mental and emotional aspects of the individual. For them, the various components of the overall state of health may be influenced by the social, cultural, physical, economical and political environments in which a person lives. Aboriginal wellness emphasizes that solutions to health will not be effective until all factors having an impact on a problem are considered. Witnesses suggested that federal Aboriginal health policy must develop a greater focus on illness prevention, health promotion and a holistic approach to population health.

13.4.1 A Population Health Strategy for Aboriginal Canadians

During its Phase Two hearings, the Committee heard about the various federal health strategies co-ordinated by Health Canada and the multiple programs managed by Indian and Northern Affairs Canada and other federal departments. Still, an enormous amount remains to be done if Canada is to reduce disparities in health status and socio-economic disparities between Aboriginal peoples and the general population. Given the wide range of programs that the federal government currently manages and given its specific constitutional responsibilities, it is in a unique position to develop population health strategies aimed specifically at Aboriginal Canadians.

The federal government has been recognized as a leader worldwide in developing the concept of population health, and this option urges it to once again show leadership in implementing a population health strategy designed specifically for Aboriginal Canadians. Such a strategy should include dealing with economic conditions, environmental issues such as clean and safe drinking water, high quality and culturally appropriate health care, healthy lifestyle choices, etc. Investing in such activities will improve the health status of Aboriginal peoples and reduce the suffering and costs that result from poor health. This option would require extensive and ongoing inter-departmental collaboration. The federal Minister of Health could, once again, assume a role of leadership and co-ordination.

13.4.2 Federal Accountability for Programs aimed at Aboriginal Health

As discussed in Chapter 10, the federal government could set a valuable example by establishing a permanent mechanism for reporting to the Canadian public on the impact of all its policies affecting health and health care. Federal accountability for programs aimed at Aboriginal health is of paramount importance and could be the first step towards federal accountability for its overall health policy. We welcome any suggested options for an effective federal accountability mechanism with respect to Aboriginal health.

13.5 Aboriginal Health Research

During the hearings on Aboriginal health, witnesses pointed out the importance of undertaking research on the health of Aboriginal peoples as a means to improve health service delivery and health outcomes. They welcomed the new Institute on Aboriginal Health within the Canadian Institutes for Health Research (CIHR) and stressed that it is essential that it be provided with a sufficient level of funding.

Witnesses underlined the importance of recognizing the diversity of the various groups within the Aboriginal population. In their view, this diversity must be reflected in health research activities. It was also recommended that more funding be allocated to health research that explores a range of models in order to assist with the design and delivery of programs that affect Aboriginal health.

13.6 Involvement of Aboriginal Communities

Witnesses stressed that, given the diversity of Aboriginal peoples and given their unique health and health care needs, it is essential to involve them directly in the renewal of federal policies and programs that affect Aboriginal health. In their view, it is only with significant input from the members of the concerned community that successful programs leading to healthier outcomes can be implemented. The Committee would like to obtain suggestions on the best way to involve Aboriginal Canadians in designing, developing, implementing and assessing federal programs and policies aimed at Aboriginal health.

CHAPTER FOURTEEN:

CONCLUSION

For Canadians, our publicly funded health care system is a key distinguishing characteristic of our country. In fact, it has achieved iconic status. It is perceived to reflect Canadian values and these are seen to stand in sharp contrast to the values of our American neighbours.

Medicare is based on the belief that Canadian society should collectively share the risks, and the consequences, of illness and injury to individual Canadians. Before Medicare, these were largely borne by the sick or injured themselves, their families, or various charitable organizations. Canadians' attachment to a sense of collective responsibility for the provision of health care has remained largely intact despite a shift towards more individualistic values that has, in recent years, led to broader changes in society.

Health care is also seen in Canada as very much a public good, in spite of the fact that more than 30% of total health care costs are paid out of private funds. It is a public good also in the sense that Canadians look to government, both federal and provincial, to guarantee the services to which they feel entitled.

One might expect that given the importance of the health care issue in the collective psyche of Canadians, and in the political life of the country more generally, that an ongoing, thoughtful, discussion of health care issues would be the norm. Unfortunately, the opposite is true. The health care debate in Canada is characterized by :

- The repetition of myths (as documented in the Committee's first and second reports). The most common of these are the notion that the *Canada Health Act* prohibits the delivery of health care services by the private sector, and the assertion that all medically necessary *health care* services are publicly funded in Canada;
- Ideological statements by the right and the left. The right claims that *all* our health care woes would be solved by introducing competition and private sector delivery into the system and by having patients pay for part of the service they receive. The left claims that the introduction of *any* element of competition, private sector delivery or having patients pay for part of the service they receive, would destroy our current system;
- Politicians of all parties and all levels of government passing the buck for the current troubles in the system. The federal government blames the provinces; the provinces blame the federal government; and all opposition parties, both federal and provincial, blame their respective governments;

- A reluctance on the part of the various organizations representing health care professionals to embrace systemic change. They tend, rather, to argue for more money to be put into the system (presumably on the assumption that money alone will solve the system's problems).

Faced with this situation, the Committee decided from the outset that it would provide a useful public service if it could produce a report that outlined the major issues facing Canada's health care system and presented a set of potential options for addressing them. Moreover, it envisaged this report as being factual and non-ideological. Also, the Committee strongly believes that it was essential not to foreclose discussion of any option *a priori*. This is what the Committee hopes it has achieved with this report.

We recognize that our set of issues is not exhaustive, and that many readers of this report will want to add to the issues list. Similarly, there are those who will feel that our set of options is not complete, and they will want to add new options of their own. We very much welcome these additions to our work. We believe that they will help to further the Committee's objective of being a catalyst for informed public debate on health care issues.

Above all, we hope that individual Canadians – the people who most benefit from Canada's Medicare system and the people who will be most affected by any changes made to it – will take the time to write to the Committee, and give us their views on which options they prefer, and why. We very much look forward to receiving the guidance of Canadians as we prepare our final report and our own set of recommendations.

Please write to:

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology
The Senate
Ottawa, Ontario
K1A OA4
health@sen.parl.gc.ca
fax: 613-947-2104

Le Sénat

La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral

Rapport intérimaire du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :
L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-président :
L'honorable Marjory LeBreton

Septembre 2001

Volume quatre : Questions et options

Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie

La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral
Volume quatre – Questions et options

Président
L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-présidente
L'honorable Marjory LeBreton

SEPTEMBRE 2001

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES i
ORDRE DE RENVOI vi
SÉNATEURS vii
SOMMAIRE EXÉCUTIF ix

Chapitres 1, 2 et 6 ..... *ix*
Chapitres 3 et 4 ..... *ix*
Chapitre 5 ..... *xii*
Chapitre 7 ..... *xiv*
Chapitre 8 ..... *xvii*
Chapitre 9 ..... *xxv*
Chapitre 10 ..... *xxvii*
Chapitre 11 ..... *xxxi*
Chapitre 12 ..... *xxxv*
Chapitre 13 ..... *xxxviii*
Chapitre 14 ..... *xli*

CHAPITRE UN : 1
Introduction 1

CHAPITRE DEUX : 5
Résumé des principales constatations et observations des phases un, deux et trois 5

2.1 Principales constatations et observations de la phase un *5*
2.2 Principales constatations et observations de la phase deux *6*
2.3 Principales constatations et observations de la phase trois *8*

CHAPITRE TROIS : 11
Rôle du gouvernement fédéral : aperçu 11

3.1 Transfert de fonds pour la prestation de services de santé gérés par d'autres administrations : rôle de financement *11*
3.2 Financement de la recherche innovatrice dans le domaine de la santé et évaluation des projets pilotes : rôle de recherche et d'évaluation *13*
3.3 Soutien de l'infrastructure des soins de santé et de l'infostructure de la santé : rôle de soutien de l'infrastructure *13*
3.4 Protection et promotion de la santé et du mieux-être de la population et prévention des maladies : rôle relatif à la santé de la population *14*
3.5 Prestation directe de services de santé à certains segments de la population : rôle de prestation de services *15*

CHAPITRE QUATRE : 17
Le rôle du gouvernement fédéral : objectifs et contraintes 17

4.1 Objectifs liés au rôle de financement du gouvernement fédéral 17
4.2 Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la recherche et de l'évaluation 21
4.3 Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de l'infrastructure 22
4.4 Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la protection de la santé de la population 24
4.5 Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la prestation de services 26
4.6 Contraintes touchant le rôle du gouvernement fédéral 27

CHAPITRE CINQ : 29
Contexte d'une politique de soins de santé au xxi^e^ siècle 29

5.1 Réforme des soins primaires : une étape en vue d'une structure adaptée au XXI^e^ siècle 30
5.2 Les soins de santé sont différents des autres biens et services 32

CHAPITRE SIX : 35
Observations au sujet des choix offerts 35

6.1 Nécessité d'un choix réaliste d'options 35
6.2 Intérêt d'un débat non idéologique 35
6.3 Comprendre l'expérience des autres pays 37

CHAPITRE SEPT : 39
La *Loi* canadienne sur la santé, équité et accès aux traitements en temps opportun 39

7.1 Introduction 39
7.2 Est-ce que les Canadiens ont droit à des soins de santé? 40
7.3 Dans quelle mesure, le cas échéant, la Loi canadienne sur la santé autorise-t-elle la prestation de soins de santé privés et les régimes privés d'assurance-santé? 41
7.4 Accès en temps opportun et listes d'attente 43
7.5 De quelle façon peut-on garantir l'« accès aux soins en temps opportun »? 46
7.5.1 « Garantie de soins » 46
7.5.2 Charte des droits des patients 48

CHAPITRE HUIT : 51
Enjeux et options quant au financement 51

8.1 Introduction 51
8.2 Quels changements peut-on apporter au mode de prestation des soins de santé qui seraient susceptibles d'avoir un impact sur le niveau de financement requis? 52
8.2.1 Accroissement de l'efficience et de l'efficacité 52
8.2.2 Réforme des soins primaires 54
8.2.3 Régionalisation des services de santé 56
8.2.4 Passation de marché avec des établissements de santé privés à but lucratif 57
8.2.5 Accroissement des ressources affectées à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et à la santé de la population 57

8.3 Quelle forme devrait prendre l'aide financière du gouvernement fédéral pour les soins de santé?..... 58
8.3.1 Retour aux accords de partage des coûts..... 61
8.3.2 Maintien du financement global actuel..... 61
8.3.3 Financement global amélioré dans le cadre du TCSPS..... 62
8.3.4 Comptes d'épargne-santé (CÉS)..... 62
8.3.5 Convertir tous les transferts pécuniaires du TCSPS en transferts de points d'impôt..... 63
8.4 Comment le gouvernement devrait-il générer des recettes aux fins des soins de santé?..... 64
8.4.1 Affecter une plus grande part des impôts existants aux soins de santé..... 65
8.4.2 Accroître les recettes générales (au moyen de l'impôt sur le revenu ou des taxes de vente) et consacrer les recettes additionnelles aux soins de santé..... 65
8.4.3 Frais d'utilisation..... 65
8.4.4 Prise en compte des soins de santé dans l'Impôt sur le revenu..... 67
8.4.5 Primes annuelles pour les soins de santé..... 68
8.4.6 Régime privé d'assurance-maladie permis pour concurrencer le régime public..... 68
8.5 L'impact des options de financement sur le changement comportemental..... 69
8.6 Un système de santé à deux vitesses..... 72
8.7 Services assurés et bénéficiaires du régime public d'assurance-maladie..... 72
8.7.1 Retrait de certains services..... 73
8.7.2 Élargissement du régime..... 74
8.8 Médicaments prescrits : réduction des coûts..... 74
8.8.1 Liste nationale des médicaments admissibles..... 75
8.8.2 Usage obligatoire du médicament efficace le moins cher..... 76
8.8.3 Publicité sur des médicaments prescrits au consommateur..... 78
8.9 Médicaments prescrits – Élargissement de la protection..... 79
8.9.1 Initiative nationale d'assurance-médicaments..... 82
8.9.2 Un programme public complet..... 84
8.9.3 Une initiative mixte globale..... 84
8.9.4 Initiative mixte de garantie des dépenses élevées en médicaments..... 85
8.9.5 Une initiative fiscale contre les dépenses élevées en médicaments..... 86
8.10 Soins à domicile..... 86
8.10.1 Un programme national de soins à domicile..... 88
8.10.2 Crédit d'impôt et déduction fiscale aux consommateurs de soins à domicile..... 89
8.10.3 Fonds d'assurance spécial pour les soins à domicile..... 90
8.10.4 Mesures spécifiquement destinées aux soignants informels..... 90
8.11 Résumé..... 92

CHAPITRE NEUF :..... 95
Questions et options concernant le rôle de recherche et d'évaluation..... 95

9.1 Recherche innovatrice dans le domaine de la santé..... 96
9.1.1 Augmentation de la part fédérale dans le financement de la recherche en santé..... 97
9.1.2 Appui au transfert des connaissances..... 98
9.1.3 Réduction des disparités régionales..... 99
9.1.4 Un organe national de surveillance de l'éthique pour une recherche humaine..... 99
9.2 Financement et évaluation de projets pilotes innovateurs..... 100
9.2.1 Investissement fédéral dans l'évaluation de projets pilotes visant à améliorer la prestation des soins de santé..... 101
9.2.2 Réduction des disparités régionales dans le financement des projets pilotes..... 101

CHAPITRE DIX : 103
Questions et options concernant le rôle d'infrastructure : technologie et systèmes d'information 103

10.1 La technologie de santé 104
10.1.1 Financer l'acquisition et l'amélioration de la technologie de la santé 105
10.1.2 Investir davantage dans l'évaluation des technologies de la santé 106
10.2 Systèmes d'information de santé 106
10.2.1 Le déploiement d'une infostructure santé pancanadienne 108
10.2.2 Investir dans la télésanté dans les communautés rurales et éloignées 109
10.2.3 Assurer la confidentialité et le caractère privé des renseignements de santé personnels 110
10.3 Reddition de comptes et qualité 112
10.3.1 Un rapport annuel sur l'état de santé des Canadiens et l'état du système de santé 112
10.3.2 Un conseil national sur la qualité des soins de santé 113
10.3.3 Assurer une meilleure reddition de comptes de la part des gouvernements 113

CHAPITRE ONZE : 115
Enjeux et options pour le rôle d'infrastructure : ressources humaines en santé 115

11.1 Introduction 115
11.2 Une stratégie nationale des ressources humaines s'impose 116
11.3 Vers une structure horizontale 117
11.4 La réforme des soins primaires et les ressources humaines 119
11.5 Mesures incitatives visant les patients 121
11.6 Recruter, former, retenir 121
11.6.1 Financement 122
11.6.2 Recherche 122
11.6.3 Contrer l'exode des professionnels 122
11.7 Les médecins 123
11.7.1 La formation 123
11.7.2 Répartition géographique inégale 124
11.8 Les infirmières 124
11.9 Les autres professionnels de la santé 126
11.10 Résumé 126

CHAPITRE DOUZE : 129
Questions et options concernant le rôle à jouer en matière de santé de la population ... 129

12.1 Les tendances observées pour les maladies 130
12.2 Quelques tendances dérangeantes 131
12.3 Les déterminants de la santé : quelques données 132
12.4 Le rôle du gouvernement fédéral 133
12.4.1 La promotion de la santé et la prévention de la maladie 134
12.4.2 Les stratégies d'amélioration de la santé de la population 135
12.4.3 Les recherches 138

CHAPITRE TREIZE : 139
Questions et options relativement au rôle à jouer dans le domaine de la santé des autochtones 139

13.1 Le profil socio-économique et la santé de la population autochtone canadienne 140
13.2 La prestation des services de santé aux canadiens autochtones 141
13.2.1 Un plan d'action national pour les services de santé aux Autochtones 142
13.3 Assurer l'accès à des services de santé adaptés aux réalités culturelles 143
13.3.1 Des fournisseurs de soins de santé autochtones 143
13.3.2 La télésanté 144
13.3.3 Des services de santé adaptés aux réalités culturelles 144
13.4 La santé de la population 144
13.4.1 Une stratégie d'amélioration de la santé de la population pour les Canadiens autochtones. 145
13.4.2 La reddition de comptes fédérale pour les programmes de santé autochtone 145
13.5 La recherche relative à la santé des Autochtones 145
13.6 La participation des communautés autochtones 146

CHAPITRE QUATORZE: 147
Conclusion 147

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du 1er mars 2001 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur LeBreton, appuyée par l'honorable sénateur Kinsella,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :

a) les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé du Canada;

b) l'historique du système de soins de santé au Canada;

c) les systèmes de soins de santé dans d'autres pays;

d) le système de soins de santé au Canada - pressions et contraintes;

e) le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question par le Comité dans la deuxième session de la trente-sixième législature soient déférés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2002;

Que le Comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ :

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

SÉNATEURS

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude sur l'état du régime de santé du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie :

L'honorable Michael J. L. Kirby, président du Comité
L'honorable Marjory LeBreton, vice-présidente du Comité

et

Les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck
Joan Cook
Jane Cordy
Joyce Fairbairn, C.P.
Alasdair B. Graham, C.P.
Wilbert Keon
Yves Morin
Lucie Pépin
Douglas Roche
Brenda Robertson

Membres d'office du Comité :
Les honorables sénateurs : Sharon Carstairs C.P. (ou Fernand Robichaud, C.P.) et John Lynch-Staunton (ou Noel A. Kinsella)

Autres sénateurs ayant participé, de temps à autres, à cette étude :
Les honorables sénateurs Banks, Beaudoin, Cohen*, DeWare*, Ferretti Barth, Grafstein, Hubley, Joyal, C.P., Milne, Losier-Cool, Rompkey et Tunney.

*retraités

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Chapitres 1, 2 et 6

Introduction

Résumé des principales constatations et observations des phases un, deux et trois

Observations au sujet des choix offerts

Le présent document a pour objet de préciser le rôle que devrait jouer le gouvernement fédéral au sein du système de soins de santé du Canada et de présenter une série d'options possibles pour combler les lacunes de ce système. En élaborant cette série d'options, le Comité a tenté d'adopter une approche objective et non idéologique. Nous avons choisi délibérément de n'écarter a priori aucune option de la discussion.

Le Comité a l'intention, en préparant le présent document, de susciter la tenue d'un débat public. Nous croyons que les citoyennes et citoyens canadiens, les intervenants dans le domaine de la santé et les décideurs fédéraux et provinciaux doivent s'engager dans un débat national sur les changements qu'il faut apporter à notre système de soins de santé si nous voulons qu'il soit viable à long terme. Nous croyons également qu'un tel débat doit accueillir des options qui sont souvent rejetées du revers de la main par diverses personnes et divers organismes, partis politiques et segments de la société canadienne.

Ce document ne reprend pas l'information contenue dans d'autres rapports précédemment publiés par le Comité ou qui seront publiés à brève échéance; toutefois, le chapitre 2 met l'accent sur un certain nombre de conclusions que le Comité a tirées de ses audiences. Même si ces conclusions constituent une toile de fond utile, elles ne précisent pas la position adoptée par le Comité sur les questions soulevées dans ce rapport. Les recommandations du Comité sur ces questions seront contenues dans notre cinquième et dernier rapport, qui sera publié au tout début de 2002, à l'issue d'une série d'audiences publiques prévues pour cet automne dans toutes les régions du pays.

Chapitres 3 et 4

Rôle du gouvernement fédéral : aperçu

Le rôle du gouvernement fédéral : objectifs et contraintes

Pour établir les mérites d'une façon particulière de traiter une question de politique gouvernementale, il faut énoncer clairement l'objectif de la politique. Ce n'est que lorsqu'un objectif a été clairement articulé que l'on peut comprendre l'incidence de telle ou telle option sur l'atteinte de l'objectif et donc décider s'il convient d'adopter ou de rejeter l'option en question. Par conséquent, le Comité a commencé ses travaux en établissant, au chapitre 3, les cinq rôles que devrait jouer le gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé. Nous avons ensuite, au chapitre 4, répertorié les objectifs particuliers qui devraient, à

notre avis, être le point de mire des politiques gouvernementales se rattachant à chacun de ces cinq rôles. Ces rôles, ainsi que les objectifs qui s'y rattachent, sont les suivants :

LES CINQ RÔLES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE SANTÉ

1. **FINANCEMENT :** *Transfert de fonds pour la prestation de services de santé gérés par d'autres administrations.*
2. **RECHERCHE ET ÉVALUATION :** *Financement de la recherche innovatrice dans le domaine de la santé et évaluation des projets pilotes innovateurs.*
3. **INFRASTRUCTURE :** *Soutien de l'infrastructure des soins de santé et de l'infostructure de la santé, notamment des ressources humaines.*
4. **SANTÉ DE LA POPULATION :** *Protection et promotion de la santé et du mieux-être de la population et prévention des maladies.*
5. **PRESTATION DE SERVICES :** *Prestation directe de services de santé à certains segments de la population.*

Les objectifs liés au rôle de financement sont les suivants :

TRANSFERT DE FONDS POUR LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ GÉRÉS PAR D'AUTRES ADMINISTRATIONS

Le Comité propose que les objectifs du gouvernement fédéral liés à son rôle de financement dans le domaine de la santé et des soins de santé soient les suivants :

- *Fournir un niveau stable de financement pour assurer la viabilité du système de soins de santé du Canada et promouvoir la réforme et le renouvellement.*
- *S'assurer que chaque Canadien a accès en temps utile à tous les services médicaux dont il a besoin, sans égard à sa capacité de payer ces services.*
- *S'assurer qu'aucun Canadien n'est exposé à un préjudice financier excessif parce qu'il est obligé d'acquitter ses factures de soins de santé.*
- *S'assurer que les quatre principes qui sous-tendent la* Loi canadienne sur la santé *(universalité, intégralité, accessibilité et transférabilité) sont appliqués.*

En ce qui a trait au rôle de recherche et d'évaluation du gouvernement fédéral, les objectifs établis par le Comité sont les suivants :

FINANCEMENT DE LA RECHERCHE INNOVATRICE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET ÉVALUATION DES PROJETS PILOTES INNOVATEURS

Le Comité propose que les objectifs suivants fassent partie du second rôle du gouvernement fédéral :

- *Promouvoir, dans le domaine de la santé au Canada, le développement d'une base solide de recherches innovatrices soutenant aisément la comparaison avec celles des autres pays.*
- *Encourager la création d'un secteur des soins de santé fondé sur le savoir afin de faciliter le transfert des connaissances des milieux de la recherche aux décideurs politiques, aux fournisseurs de soins de santé et au grand public.*
- *Fournir un soutien financier approprié aux initiatives fédérales/provinciales/territoriales qui encouragent et facilitent l'innovation et les progrès dans le domaine de la prestation de soins de santé, grâce à l'évaluation de projets pilotes.*

Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de l'infrastructure comporte trois volets distincts : la planification des ressources humaines, les systèmes d'information en matière de santé tels que la télémédecine, l'informatisation des dossiers médicaux et l'infrastructure physique. Pour ce rôle, les objectifs proposés par le Comité sont les suivants :

SOUTIEN DE L'INFRASTRUCTURE DES SOINS DE SANTÉ ET DE L'INFOSTRUCTURE, NOTAMMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Le Comité propose que les cinq objectifs suivants fassent partie du troisième rôle du gouvernement fédéral :

- *Jeter les bases d'un système de prise de décisions fondé sur l'expérience dans les domaines qui influent sur le bien-être et la prestation des soins de santé, tout en assurant le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels en matière de santé.*
- *Surveiller la santé de la population et l'état du système de soins de santé et rendre compte des conclusions aux intervenants canadiens.*
- *Élaborer, en collaboration avec les provinces et les territoires, une structure et un processus appropriés destinés à assurer une plus grande responsabilisation au sein du système.*
- *Aider les provinces et les territoires à financer l'infrastructure nécessaire aux soins de santé, notamment les nouvelles technologies médicales et les coûts liés à leur fonctionnement permanent.*
- *Coordonner, en collaboration avec les provinces et les territoires, la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé.*

Le rôle que joue le gouvernement fédéral par rapport à la santé de la population est axé sur la prévention plutôt que sur le traitement de la maladie. Les objectifs proposés sont les suivants :

PROTECTION DE LA SANTÉ, PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE DE LA POPULATION ET PRÉVENTION DES MALADIES

Le Comité propose que les objectifs suivants fassent partie du rôle du gouvernement fédéral au chapitre de la santé de la population :

- *Santé de la population : Renforcer notre capacité nationale d'identifier et de réduire les facteurs de risque susceptibles d'entraîner des blessures et des maladies, et réduire le fardeau économique de la maladie au Canada.*
- *Promotion de la santé et prévention des maladies : Élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes et des politiques ayant pour objectif spécifique d'encourager les Canadiens à adopter des habitudes de vie saines.*
- *Mieux-être : Encourager les stratégies visant à améliorer la santé de la population en étudiant les effets sur la santé de toute la gamme des déterminants de la santé et en en discutant, notamment les facteurs sociaux, environnementaux, culturels et économiques.*

Le gouvernement fédéral fournit des services de santé à un plus grand nombre de Canadiens que ne le font les provinces de l'Atlantique et la Saskatchewan (cinq gouvernements provinciaux). Il est donc un acteur clé dans la prestation des services de santé. À ce titre, ses objectifs devraient viser la santé des populations autochtones :

PRESTATION DIRECTE DE SERVICES DE SANTÉ AUX AUTOCHTONES DU CANADA

Le Comité propose que les objectifs suivants fassent partie du rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la prestation de services :

- *Agir comme chef de file pour ce qui est de la coordination des soins de santé fournis à tous les peuples autochtones par les diverses instances gouvernementales.*
- *Assurer un accès adéquat à des services de santé culturellement adaptés.*
- *Mettre en œuvre et maintenir des stratégies visant spécifiquement la santé des populations autochtones.*

Chapitre 5

Contexte d'une politique de soins de santé au xxi^{e} siècle

Avant d'examiner les questions stratégiques liées à chacun des cinq rôles du gouvernement fédéral en matière de santé, il est utile de prendre du recul et de faire un survol de l'industrie des soins de santé en la comparant à d'autres industries du secteur tertiaire du XXI^{e} siècle. Nous constatons alors que le secteur des soins de santé ne possède aucune des grandes caractéristiques d'une industrie de services moderne. Il est donc évident qu'il faut changer complètement les modes de prestation des services de santé et que ces changements doivent être faits même si d'autres facteurs de changement entrent en ligne de compte, par exemple l'augmentation des coûts. Une industrie tertiaire moderne se distingue par trois caractéristiques principales :

1. La création d'unités organisationnelles de plus grande taille permettant de faire des économies d'échelle et la capacité d'offrir des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
2. La mise sur pied d'unités organisationnelles spécialisées dans la prestation d'un éventail restreint de services, mais dont les services sont plus efficaces et de meilleure qualité que ceux des unités qui dispensent une plus vaste gamme de services.
3. Une préoccupation centrale pour le consommateur, qui exige plus que jamais des services rapides et de grande qualité.

Le secteur des soins de santé primaires s'apparente davantage à une industrie artisanale du XIX^{e} siècle qu'à une industrie de services du XXI^{e} siècle, car il est composé, dans une large mesure, d'entreprises individuelles (cabinets de médecins) non regroupées et donc incapables d'offrir des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le morcellement de l'industrie des soins de santé en unités spécialisées offrant une gamme restreinte de services ne s'est généralement pas produit. Il existe, bien sûr, un certain nombre d'exceptions, notamment les cliniques de chirurgie de l'œil au laser et un très petit nombre d'hôpitaux spécialisés comme l'hôpital Shouldice, dans la région de Toronto, où l'on n'opère que les hernies. Le principal système de soins de santé au Canada demeure l'hôpital général non spécialisé. Ces établissements seront toujours nécessaires, mais il importe aussi d'examiner les avantages qu'il y aurait à faire des unités de services spécialisées un élément plus important d'un système de services de santé modernisé.

Pour ce qui est de la troisième caractéristique des industries du secteur tertiaire au XXI^{e} siècle – l'importance accordée à la prestation de services rapides et de grande qualité –, très peu a été fait à ce chapitre. En fait, la durée de l'attente pour certains types de traitements est à l'origine du plus grand nombre de plaintes formulées par les Canadiens à l'endroit du système de soins de santé. De toute évidence, les services ne sont pas fournis rapidement.

Le Comité est d'avis que nombre des problèmes auxquels le secteur des soins de santé est confronté ne seront réglés que si l'industrie est prête à évoluer et à devenir une industrie de services du XXI^{e} siècle plutôt que de rester paralysée dans une structure du XIX^{e} siècle.

La première étape essentielle du changement organisationnel est la réforme du système de soins primaires. La nécessité d'une telle réforme a été reconnue par la Commission Sinclair en Ontario, la Commission Clair au Québec et la Commission Fyke en Saskatchewan. C'est également la raison pour laquelle le gouvernement fédéral a consenti, dans le cadre de l'entente fédérale-provinciale-territoriale de septembre 2000, à verser 800 millions de dollars pour la réforme des soins primaires. Dans le cadre de cette réforme, l'on créerait de plus grosses unités organisationnelles en mettant l'accent sur la prestation des services 24 heures sur 24,

7 jours sur 7. Une telle réforme permettrait aussi de mettre en place une structure présentant deux des trois caractéristiques de l'entreprise de services type du XXI[e] siècle que nous avons décrite plus haut.

Chapitre 7

La *Loi canadienne sur la santé*, équité et accès aux traitements en temps opportun

La *Loi canadienne sur la santé* joue un rôle clé dans le débat sur les soins de santé au Canada. En effet, non seulement elle établit les conditions que les provinces et les territoires doivent respecter s'ils veulent bénéficier de la contribution financière du fédéral en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), mais on lui a également attribué une envergure mythique en la tenant pour le seul garde-fou qui puisse prévenir l'américanisation du système de soins de santé du Canada.

Le Comité appuie fortement les quatre conditions ou principes axés sur le patient que sont l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité et la transférabilité, mais il reconnaît qu'ils sont loin d'être respectés aussi rigoureusement que le voudraient beaucoup de Canadiens. Contrairement à la croyance populaire, le cinquième principe – l'administration publique – ne signifie nullement que le secteur privé ne devrait pas intervenir dans la prestation des services de santé. Il renvoie plutôt à l'obligation pour le système, à des fins d'efficience administrative, d'adopter un modèle à payeur unique, le rôle de payeur étant confié à un gouvernement provincial.

En ce qui concerne la *Loi canadienne sur la santé*, le Comité a soulevé trois grandes questions. Premièrement, les Canadiens ont-ils droit à des soins de santé et, si tel est le cas, ce droit est-il inscrit dans la *Charte canadienne des droits et libertés*? Deuxièmement, dans quelle mesure, le cas échéant, la prestation de soins de santé par des fournisseurs privés et les régimes d'assurance-santé privés sont-ils autorisés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*? Troisièmement, est-ce que l'« accès satisfaisant » dont il est question dans la *Loi canadienne sur la santé* signifie que les Canadiens doivent avoir accès sans délai aux services et aux soins de santé dont ils ont besoin?

Primo, les soins de santé ne sont pas explicitement mentionnés dans la *Charte*. Par conséquent, pour qu'un tel droit existe, il faudrait que les tribunaux décrètent qu'il est sous-entendu dans l'interprétation de l'un des droits énoncés dans la *Charte*. Néanmoins, puisque certains peuvent soutenir que la *Charte* garantit aux Canadiens le droit implicite aux soins de santé, les experts ont fait savoir au Comité qu'ils s'attendaient à ce que ce droit soit revendiqué au cours des prochaines années.

Secundo, la *Loi canadienne sur la santé* n'interdit pas la prestation de soins de santé privés. Elle incite plutôt les provinces, sous peine de leur retirer le droit aux fonds fédéraux, à empêcher les fournisseurs de soins de santé de facturer directement aux patients des montants

supérieurs à ceux qu'ils reçoivent des régimes d'assurance-santé provinciaux. C'est donc dire qu'elle décourage ce qu'on appelle la surfacturation. De même, pour toucher intégralement la contribution financière à laquelle ils ont droit en vertu du TCSPS, les provinces et les territoires ne doivent pas autoriser les hôpitaux à facturer aux patients des services hospitaliers assurés. Par conséquent, la Loi ne fait qu'établir à quelles conditions le gouvernement fédéral transférera des fonds aux provinces.

En tant que telle, la Loi n'interdit pas aux fournisseurs et aux établissements de soins de santé privés ou à but lucratif de fournir des services de santé assurés par la province et de demander un remboursement, pourvu qu'il n'y ait ni surfacturation ni frais imposés aux utilisateurs. Les fournisseurs et les établissements de soins de santé peuvent refuser de participer aux régimes provinciaux et facturer directement aux patients le coût total des services fournis, sans qu'aucune pénalité ne soit imposée aux provinces en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Dans ces cas, les patients ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu des régimes provinciaux. En outre, la *Loi canadienne sur la santé* interdit effectivement aux particuliers d'acheter de l'assurance-santé privée pour couvrir le coût de services reçus d'un fournisseur qui a choisi de ne pas participer à un régime provincial d'assurance-santé.

Dans l'ensemble, la *Loi canadienne sur la santé*, tout comme les lois provinciales et territoriales, a empêché l'émergence d'un système de soins de santé privé qui ferait directement concurrence au système public. Il n'est simplement pas possible, d'un point de vue économique, que les patients, les médecins et les établissements de soins de santé participent à un système parallèle.

Cela soulève la question suivante : les gouvernements peuvent-ils continuer à décourager la prestation de services de santé privés en interdisant les assurances privées si le droit aux soins de santé est reconnu en vertu de l'article 7 de la *Charte* et si les services financés par les fonds publics ne sont pas accessibles en temps opportun? Pour paraphraser l'article 1 de la *Charte des droits et libertés* : est-il juste et raisonnable, dans une société libre et démocratique, que le gouvernement rationne l'offre de services de santé (au moyen de ses affectations budgétaires aux soins de santé) et que, simultanément, il empêche les particuliers d'acheter des services au Canada?

Les réponses à ces questions ne sont pas seulement d'ordre juridique. Il s'agit par-dessus tout d'une question d'équité. C'est à notre lecteur qu'il revient de se faire une opinion sur la situation actuelle.

Il est clair, cependant, que toute réforme des ententes actuelles comportant une participation du secteur privé susceptible de concurrencer le secteur public exigerait que l'on modifie de façon substantielle la *Loi canadienne sur la santé*.

La troisième question soulevée au début de cette section consiste à savoir si l'« accès satisfaisant » dont on parle dans la *Loi canadienne sur la santé* signifie que les Canadiens

doivent avoir accès sans délai aux services de santé dont ils ont besoin. Ici encore, la réponse est loin d'être évidente d'un point de vue juridique.

Ce qui est clair, néanmoins, c'est que les listes d'attente pour les tests et les traitements sont perçues par la population canadienne comme un problème important. Il faut dès lors se demander quelles sont les mesures à prendre, s'il en est, pour garantir aux Canadiens que le délai d'attente qu'ils devront subir pour un test ou un traitement a un plafond et qu'ils n'auront jamais à attendre plus longtemps que le délai maximal fixé (qui pourra varier en fonction des tests ou des traitements).

Deux solutions sont proposées au chapitre 7 pour résoudre ce problème. La section 7.5.1 présente une stratégie fondée sur une « garantie de soins » qui a été élaborée en Suède. La section 7.5.2 explique comment le Royaume-Uni, en adoptant une charte des droits des patients, a tenté de résoudre le problème des listes d'attente. Ces stratégies s'appuient toutes deux sur une combinaison d'incitatifs et de pénalités ayant pour but de rendre les établissements de soins de santé plus productifs et plus efficients.

Ces stratégies soulèvent également la question de savoir si le système de soins de santé canadien devrait être modifié pour permettre, voire encourager, la concurrence entre les hôpitaux. En poussant le raisonnement plus loin, si cette concurrence était permise, les patients devraient-ils être autorisés, comme dans la plupart des autres pays industrialisés, à payer le prix d'un traitement donné (ou à acheter une assurance couvrant le paiement d'un tel traitement) afin d'obtenir des services plus rapides? Cette dernière question touche au problème d'un système « à deux vitesses ».

Les tenants d'un système axé sur un payeur unique invoquent l'argument de l'équité. Ils soutiennent que les services de santé devraient être fournis exclusivement en fonction du besoin et que l'adoption d'un deuxième niveau de soins qui ne serait accessible qu'à une minorité ayant les ressources nécessaires pour payer va à l'encontre des principes d'équité et de justice. Cette critique sous-entend que le système canadien ne présente à l'heure actuelle aucune des caractéristiques d'un système « à deux vitesses », mais est-ce vraiment le cas?

Les personnes qui peuvent se le permettre vont déjà se faire soigner à l'extérieur du Canada (en général aux États-Unis) lorsqu'elles n'ont d'autre choix que de patienter longtemps pour leur traitement au Canada. Des données non scientifiques mais néanmoins probantes permettent de croire que la situation au Canada ressemble à celle qui existe en Australie. En effet, comme nous l'a expliqué l'un de nos témoins australiens, l'accès aux services de santé publics est généralement plus facile à obtenir pour les gens fortunés ou puissants qui comprennent les rouages du système et ont des relations au sein des services et des administrations hospitalières. De plus, dans la plupart des provinces, les commissions provinciales des accidents du travail ont un accès préférentiel aux traitements pour leurs clients, sous prétexte qu'elles doivent les remettre rapidement au travail (et non pas, soit dit en passant, pour qu'elles puissent faire des économies).

Pour toutes ces raisons, donc, le système canadien n'est pas aussi « démocratique » que la plupart des Canadiens le croient ou que la plupart des porte-parole gouvernementaux le soutiennent. Que cela constitue ou non un argument pour élargir encore la portée du système « à deux vitesses », c'est le lecteur qui en décidera.

Chapitre 8

Enjeux et options quant au financement

La question qui attire le plus l'attention des médias dans le domaine des soins de santé est celle de savoir quel montant chaque palier de gouvernement devrait dépenser pour soutenir le système tel qu'il est organisé à l'heure actuelle. Formulée de cette façon, cette question fait abstraction de deux interrogations essentielles :

- Premièrement, quelles économies peut-on réaliser en mettant l'accent sur l'efficience, notamment par la réforme des soins primaires, la régionalisation des services de santé, la sous-traitance à des établissements de soins de santé privés à but lucratif, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé des populations? (Ces mesures sont étudiées à la section 8.2.)
- Deuxièmement, si de nouvelles sources de financement sont nécessaires, l'argent versé au secteur des soins de santé devrait-il provenir du contribuable en passant par le gouvernement ou directement du contribuable? (Une gamme d'options de financement gouvernemental et de financement individuel direct est exposée aux sections 8.3 et 8.4.)

La question de savoir si de nouvelles sources de financement sont nécessaires pour assurer la viabilité du système de soins de santé mobilise deux écoles de pensée. Les partisans de la première école prétendent qu'un fonctionnement plus efficient du système générera assez d'économies pour éviter tout recours à de nouvelles sources de financement. Cette façon de voir se reflète dans le récent rapport Fyke sur les soins de santé en Saskatchewan ainsi que dans divers rapports et articles de presse de nombreux auteurs, dont le D[r] Michael Rachlis.

De nombreux analystes reconnaissent que l'efficacité et l'efficience du système de soins de santé canadien doivent être améliorées, mais personne ne s'entend sur les économies que cela permettrait de réaliser. Ce qui nous amène à la deuxième école de pensée, celle qui prône la nécessité de trouver de nouvelles sources de financement. Selon ses tenants, certaines économies sont certainement possibles dans un système de soins de santé exigeant 90 milliards de dollars, et il faut tout faire pour mettre en œuvre des changements motivés par l'efficience, mais on arrivera difficilement à améliorer l'efficience et l'efficacité parce qu'à la fois l'attitude et le comportement de diverses personnes ayant des intérêts acquis au sein du système – des patients, des fournisseurs de services, des sociétés pharmaceutiques, etc. – se sont avérés fort imperméables au changement au fil des ans. En effet, si bon nombre des changements proposés étaient aussi faciles à appliquer que le prétendent les partisans de la première école, il faut se demander pourquoi ils n'ont pas encore été mis en œuvre.

Le Comité estime donc qu'il est important d'agir avec prudence et d'élaborer des politiques et des plans qui seront efficaces même si les changements apportés au système actuel ne produisent pas suffisamment d'économies. Procéder autrement équivaudrait à mettre tous nos œufs dans le même panier ou, en d'autres termes, à faire reposer l'avenir du système sur des changements dont la faisabilité et le potentiel d'économies sont douteux.

L'opinion du Comité tient compte du fait que l'approche préconisée par la première école de pensée présente un avantage important : elle permet d'éviter la plupart des difficiles questions de financement évoquées dans le reste du présent chapitre. Il est certes tentant d'adopter le point de vue de la première école, et ainsi de faire fi des enjeux les plus épineux dans le domaine des soins de santé, mais le Comité est d'avis qu'une planification responsable des politiques publiques exige qu'on se rallie à celui de la deuxième école, et que les Canadiens devraient désormais se pencher sur les moyens à prendre pour trouver des fonds additionnels, tout en continuant d'organiser la prestation des soins de santé d'une façon plus efficiente.

La question se résume donc à savoir à quelles nouvelles sources de financement nous devrions faire appel. Plusieurs options sont proposées à la section 8.3, pour la plupart des variantes de mécanismes de financement fédéraux actuels ou antérieurs :

- Retour au partage des coûts (8.3.1), maintien du financement global (section 8.3.2), financement global amélioré en vertu du TCSPS (section 8.3.3) ou conversion de tous les transferts monétaires du TCSPS en transferts de points d'impôt (section 8.3.5).
- Comptes d'épargne individuels pour dépenses médicales (« comptes d'épargne santé ») dans lesquels la portion « santé » du TCSPS serait entièrement ou partiellement transférée (section 8.3.4).

À la section 8.4, nous examinons diverses méthodes qui permettraient aux personnes de payer directement la portion du coût des soins de santé qui n'est pas couverte par les fonds publics. Plus précisément, les options suivantes sont passées en revue :

- frais d'utilisation (section 8.4.3) : le patient paie comptant une portion du coût du service au moment de le recevoir;
- versements d'impôt sur le revenu sur la valeur des services que la personne reçoit du système de soins de santé public au cours de l'année (section 8.4.4);
- cotisations annuelles versées au gouvernement pour les soins de santé (section 8.4.5);
- primes d'une assurance-santé privée faisant concurrence à l'assurance-santé du gouvernement, de sorte que les personnes ayant une assurance privée puissent acheter les services dont elles ont besoin auprès d'établissements de soins de santé publics ou privés (section 8.4.6).

Il existe trois sortes de frais d'utilisation dans les pays industrialisés :

- l'assurance partielle, la plus simple : le patient paie un pourcentage fixe (disons 5 %) du coût du service qu'il reçoit. Ainsi, plus le coût du service est élevé, plus le montant à débourser est élevé. Bon nombre de régimes d'assurance-médicaments exigent ce mode de paiement.
- la quote-part, la solution de rechange à l'assurance partielle : au lieu de payer une partie du coût du service, le patient paie des honoraires fixes par service (disons 5 $). On demande le même montant, quel que soit le coût du service. Ce genre de frais d'utilisation existe dans bien des pays, dont la Suède.
- la franchise : le patient paie le coût total des services reçus au cours d'une période donnée, jusqu'à concurrence d'un certain plafond, qu'on appelle franchise. Au-delà de ce plafond, les coûts des services fournis sont couverts par le régime d'assurance. Tous les usagers paient une franchise minimale standard, quelle que soit la quantité de services reçus. Ce genre de frais d'utilisation fondés sur l'assurance a cours dans certains pays.

Pour ce qui est de considérer comme un revenu imposable la valeur des services de santé reçus au cours de l'année, l'option proposée à la section 8.4.4 comporte un seuil maximum pour l'impôt supplémentaire que paierait la personne pour une année donnée.

Quant aux cotisations annuelles versées au gouvernement (section 8.4.5), il pourrait s'agir d'un montant fixe ou d'un montant variant selon le revenu de la personne. Cependant, contrairement aux options frais d'utilisation et impôt sur le revenu, les cotisations annuelles ne varieraient pas selon la quantité de soins de santé reçus au cours de l'année.

Certaines des options proposées – à savoir les frais d'utilisation pour les services de santé financés par les deniers publics, les comptes d'épargne santé et les assurances médicales privées – peuvent soulever un certain nombre de préoccupations quant aux répercussions possibles d'un système de soins de santé à deux vitesses. Trois suggestions ont été faites pour contourner les aspects négatifs d'un système de soins de santé à deux vitesses tout en maintenant la qualité du système financé par les deniers publics :

- tous les médecins seraient tenus de travailler un certain nombre d'heures au sein du système financé par l'État, ce qui signifie qu'ils ne seraient pas autorisés à travailler exclusivement dans le système financé par le secteur privé;
- le système de santé public garantirait que les délais d'attente pour divers traitements ne dépasseraient pas un certain plafond, faute de quoi le gouvernement serait tenu de payer pour que le traitement soit assuré dans le système privé;

- un organe indépendant serait mandaté pour veiller à ce que la technologie des soins de santé dans le secteur public soit aussi avancée que dans le secteur privé.

Le Comité aimerait avoir l'avis des Canadiens sur un système de soins de santé à deux vitesses dans lequel les trois conditions qui viennent d'être énoncées seraient respectées.

En examinant diverses options de financement, il est important de ne pas perdre de vue que chaque option a des répercussions sur les comportements autant qu'une incidence financière. Des exemples tirés de plusieurs pays qui disposent d'un système de soins de santé universel montrent bien que le mode de financement du système peut contribuer à l'atteinte des grands objectifs d'intérêt public consistant à offrir les meilleurs soins possibles au moindre coût.

Malheureusement, comme l'ont souligné de nombreux témoins, le système de soins de santé actuel au Canada offre très peu d'incitatifs pour encourager les fournisseurs de soins à réduire les coûts ou à mieux intégrer les services (grâce, par exemple, à une réforme des soins primaires). Il n'encourage pas non plus les consommateurs à utiliser le système d'une façon responsable.

Les frais d'utilisation peuvent jouer un rôle très utile pour faire bifurquer la demande de soins de santé très coûteux vers des soins moins chers, sans nuire à l'accès aux services médicaux nécessaires. Mais cela ne sera possible que si des services moins chers sont disponibles et qu'ils sont assurés.

Nous posons donc les questions suivantes à propos de la structure de financement des soins de santé au Canada :

- La structure financière devrait-elle être telle que tous les intervenants du système – consommateurs, fournisseurs, administrateurs d'établissements de soins de santé, etc. – trouvent un avantage à utiliser le système de manière aussi efficiente que possible?
- Devrait-on encourager les patients à comprendre qu'au-delà de leur droit à un système de soins de santé universel, ils ont également la responsabilité d'utiliser ce droit de manière raisonnable et judicieuse?

Les réponses à ces questions auront un impact direct sur le choix du système de financement de l'avenir.

Après avoir décrit une série d'options touchant les questions financières, le chapitre 8 aborde la question de la sélection des personnes et des services qui devraient être couverts par le régime d'assurance-santé public, car elle a une incidence directe sur le coût des services de santé subventionnés par l'État.

À la section 8.8, diverses options sont avancées en vue de réduire le coût des médicaments d'ordonnance, la fraction des coûts des soins de santé qui augmente le plus rapidement. Ces options ne sont pas absolument exclusives; elles pourraient toutes être retenues :

- un formulaire pharmaceutique national (section 8.8.1)
- l'obligation d'utiliser les médicaments qui coûtent le moins cher mais qui sont quand même efficaces d'un point de vue thérapeutique (section 8.8.2)
- le maintien de l'interdiction de publiciser les médicaments d'ordonnance (section 8.8.3)

L'élaboration d'un formulaire pharmaceutique national pourrait ouvrir la voie à la création d'un organisme national d'approvisionnement unique accessible à tous les ordres de gouvernement, provincial, territorial et fédéral. Le pouvoir d'achat d'un tel organisme serait considérable. Cela renforcerait vraisemblablement la capacité des régimes d'assurance-médicaments publics d'obtenir des compagnies pharmaceutiques le prix d'achat le plus avantageux.

L'établissement d'un système de gestion des médicaments rentable qui ne répertorierait, dans les formulaires, que les médicaments d'ordonnance les plus efficaces par rapport à leur coût devient une nécessité qu'il faut envisager vu les ressources limitées du système de soins de santé public. Au cours des dernières années, les régimes d'assurance-médicaments provinciaux ont commencé à utiliser leurs politiques de remboursement pour encourager les médecins à choisir parmi diverses pharmacothérapies concurrentes. Dans certains cas, un médicament ne fait tout simplement pas partie de la liste du formulaire lorsqu'il est plus coûteux que des substituts s'avérant tout aussi efficaces pour le traitement d'une maladie donnée. Dans d'autres cas, un régime d'assurance-médicaments (par exemple, le Programme de médicaments de l'Ontario) ne remboursera un médicament plus cher en vertu d'une autorisation spéciale que s'il a été préféré à un substitut moins cher parce qu'il a été prescrit pour une seule de ses indications et non pour les autres. La politique de la Colombie-Britannique qui consiste à établir le coût en fonction d'un médicament de référence a été utilisée à cette même fin. En effet, la province ne rembourse jusqu'à concurrence du prix d'un médicament de référence dans une catégorie thérapeutique particulière que si la nécessité de prescrire un produit plus coûteux a été démontrée par le médecin et est approuvée a priori par le régime d'assurance-médicaments.

Deux questions stratégiques sont particulièrement difficiles à résoudre : jusqu'à quel point les gouvernements devraient-ils adopter un programme imposant la sélection du médicament le moins coûteux ayant des effets thérapeutiques équivalents? Et avec quelle rigueur devrait-on appliquer cette politique de substitution?

La troisième question à aborder au chapitre du coût des médicaments d'ordonnance est celle de savoir si les compagnies pharmaceutiques devraient être autorisées à publiciser les médicaments d'ordonnance. Actuellement, Santé Canada interdit toute publicité directe auprès du consommateur et limite la publicité des médicaments d'ordonnance aux

fournisseurs de soins de santé. La publicité s'adressant directement aux consommateurs est interdite dans la plupart des pays industrialisés. Aux États-Unis, où elle est permise (l'industrie dépense des centaines de millions de dollars chaque année en publicité), des études montrent que les médecins, particulièrement les médecins de famille, rédigent une très forte proportion d'ordonnances pour lesquelles le patient demande tel ou tel médicament parce qu'il a vu la publicité. Ce n'est guère surprenant puisque le but même des annonces publicitaires est de faire croître la demande. On a donc proposé que, pour éviter une telle augmentation de la demande de médicaments d'ordonnance au Canada, le gouvernement fédéral continue d'interdire la publicité portant sur les médicaments d'ordonnance.

À la section 8.9, nous présentons une série d'options visant à augmenter la couverture pour les médicaments d'ordonnance subventionnés par l'État. Il y est question, entre autres, de diverses formes d'un programme national d'assurance-médicaments (sections 8.9.1 à 8.9.3) et d'un régime qui protégerait les Canadiens contre des coûts de médicaments prohibitifs. Deux modes de financement d'un tel programme sont proposés. Le premier est un régime d'assurance conjoint secteur public/secteur privé (section 8.9.4) et l'autre un programme fiscal (section 8.9.5). Si l'on insiste sur la nécessité d'un programme visant à empêcher les coûts exorbitants des médicaments, c'est qu'il s'agit de la plus importante lacune de la couverture des thérapies faisant appel à des « médicaments nécessaires d'un point de vue médical ». De plus, un tel programme cadre bien avec le rôle traditionnel du gouvernement du Canada en ce sens qu'il constituerait un filet de sécurité en cas de catastrophe.

Environ 3 % de la population canadienne ne dispose d'aucune assurance-médicaments couvrant les médicaments d'ordonnance. Le Comité a appris que la plupart de ces personnes sont des adultes d'âge actif. Des données qualitatives donnent aussi à penser que ce groupe partage quelques-unes des caractéristiques suivantes : employés non qualifiés peu rémunérés, employés à temps partiel, employés saisonniers et personnes en chômage pendant de courtes périodes. En cas de maladie, ces personnes n'ont aucune protection contre les prix très élevés, voire exorbitants, des médicaments d'ordonnance.

Les familles à faible revenu, particulièrement dans les provinces ou les territoires qui n'ont pas de régime public d'assurance-médicaments pour le grand public, sont souvent dans des situations difficiles. Leur revenu est trop élevé pour qu'elles aient droit à l'aide sociale, mais elles n'ont généralement pas d'emplois réguliers et n'ont donc aucune assurance collective. Les coûts des médicaments peuvent les placer dans une situation financière telle que leur revenu disponible, après l'achat, est inférieur à celui des assistés sociaux.

En outre, dans les quatre provinces de l'Atlantique, il n'existe aucun régime public universel qui permette de limiter l'exposition des personnes et des familles aux coûts élevés des médicaments d'ordonnance. Justement, une étude récente subventionnée par le Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada a permis de conclure que plus de 25 % des habitants des Maritimes n'ont pas d'assurance contre les coûts exorbitants des médicaments d'ordonnance et qu'encore 25 % peuvent être considérés comme sous-assurés.

Enfin, à la section 8.10, le rapport aborde la question des soins à domicile, l'autre forme de soins qui, avec les médicaments d'ordonnance, est le plus fréquemment mentionnée comme pouvant faire l'objet d'une extension de la couverture qu'offre le système subventionné par l'État.

Un programme efficace de soins de santé à domicile peut contribuer à réduire à long terme les coûts du système de soins de santé pour un certain nombre de motifs :

- il réduit la pression sur l'occupation des lits réservés aux soins actifs (de courte durée) en permettant de donner un traitement médical dans un environnement moins coûteux et de réserver les ressources hospitalières pour les cas où elles sont indispensables (en d'autres termes, les soins à domicile se substituent aux soins hospitaliers actifs);
- il réduit la demande de lits pour soins de longue durée en permettant à la population vieillissante de maintenir son indépendance à domicile et donc sa dignité (en d'autres termes, les soins à domicile servent de substitut aux soins prodigués en maison de repos);
- il permet aux patients en soins palliatifs de passer leurs derniers jours dans le confort du milieu familial (en d'autres termes, les soins à domicile se substituent aux soins prodigués par des établissements de soins palliatifs).

Nombre de témoins ont prétendu que lorsque des soins à domicile viennent remplacer des soins actifs, ils devraient être mis sur le même pied que les soins actifs offerts dans d'autres milieux et, par conséquent, être régis par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé.*

En ce qui a trait aux soins à domicile qui se substituent aux soins palliatifs de longue durée, on s'est demandé s'il ne faudrait pas exiger des patients qu'ils versent une quote-part plus élevée, tant qu'ils auront des ressources financières suffisantes, pour aider à payer le coût des services. Certaines provinces exigent déjà une quote-part plus élevée, d'autres non. Dans les premières, de nombreux patients sont obligés d'épuiser la plus grande partie de leurs ressources personnelles avant que leurs soins de longue durée soient entièrement payés par le gouvernement. Cela soulève la question de savoir si les personnes qui ont les ressources financières nécessaires pour payer le coût de leurs soins de longue durée devraient le faire, ou si elles devraient être subventionnées par l'État tout comme les personnes moins nanties, afin qu'elles puissent laisser un héritage plus important à leurs proches.

Au chapitre des soins à domicile, une série d'options est proposée :

- un programme complet de soins à domicile accessible à l'échelle nationale (section 8.10.1);
- un régime de déductions et de crédits fiscaux pour les consommateurs de services de soins à domicile (section 8.10.2);

- la création d'un fonds d'assurance spécialisé en vue de prémunir les personnes contre la hausse des coûts des soins à domicile (section 8.10.3);
- une série de mesures destinées à soutenir financièrement les personnes – habituellement des femmes – qui prodiguent des soins non rémunérés à un membre de leur famille.

Le tableau suivant résume les options présentées au chapitre 8.

OPTIONS RELATIVES AU RÔLE DE FINANCEMENT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL	
Modifications apportées à la prestation des soins de santé (8.2)	Amélioration de l'efficience et de l'efficacité (8.2.1)
	Réforme des soins primaires (8.2.2)
	Régionalisation des services de santé (8.2.3)
	Recours, à contrat, à des établissements privés à but lucratif (8.2.4)
	Promotion de la santé et prévention de la maladie (8.2.5)
Formule de financement fédéral des soins de santé (8.3)	Partage des coûts (8.3.1)
	Formule actuelle de financement global (8.3.2)
	Amélioration du TCSPS (8.3.3)
	Comptes d'épargne santé pour dépenses médicales (8.3.4)
	Transferts fiscaux (8.3.5)
Augmentation des recettes gouvernementales pour les soins de santé (8.4)	Au moyen des recettes générales : Réaffectation des recettes existantes aux services de santé (8.4.1) Augmentation des impôts (8.4.2)
	Au moyen des paiements directs : Frais d'utilisation (8.4.3) Imposition des soins de santé (8.4.4) Cotisations pour soins de santé (8.4.5)
Assurance-santé privée (8.4.6)	Pour les soins de santé offerts par des organismes publics ou privés
Soins de santé subventionnés par l'État (8.7)	Radiation de certains services (8.7.1)
	Augmentation de la couverture (8.7.2)
Réduction du coût des médicaments d'ordonnance (8.8)	Formulaire pharmaceutique national (8.8.1)
	Recours au médicament efficace le moins cher (8.8.2)
	Publicité des médicaments d'ordonnance auprès du grand public (8.8.3)
Augmentation de la couverture des médicaments d'ordonnance (8.9)	Programme national d'assurance-médicaments (8.9.1)
	Programme public complet (8.9.2)
	Programme conjoint complet (public/privé) (8.9.3)
	Programme conjoint (public/privé) de protection contre les prix élevés des médicaments (8.9.4)
	Mesures fiscales de protection contre les prix élevés des médicaments (8.9.5)
Soins à domicile (8.10)	Programme national de soins à domicile (8.10.1)
	Déductions et crédits fiscaux (8.10.2)
	Fonds d'assurance spécial pour les soins à domicile (8.10.3)
	Mesures particulières pour les dispensateurs de soins bénévoles (8.10.4)

Chapitre 9

Questions et options concernant le rôle de recherche et d'évaluation

Le rôle du gouvernement fédéral dans le champ de la recherche et de l'évaluation comporte deux volets car il s'étend à la fois au financement de la recherche médicale innovatrice et à l'aide financière à l'évaluation des projets pilotes. D'une audience à l'autre, tous les témoins ont reconnu unanimement que le financement de la recherche innovatrice et de l'évaluation de projets innovateurs devrait rester, à l'avenir, une prérogative du gouvernement fédéral.

Le gouvernement fédéral a une longue tradition d'aide financière à la recherche dans le domaine de la santé (plus de 40 ans). En fait, jusqu'en 1994, il représentait la principale source de financement de cette recherche au Canada. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont les principaux organismes de financement fédéral de la recherche dans ce domaine. La principale préoccupation exprimée par les témoins aux audiences publiques au sujet de la recherche en matière de santé tenait au fait que les dépenses du Canada s'avéraient modestes par comparaison avec d'autres pays industrialisés et que le gouvernement fédéral devrait consacrer davantage de fonds à ce secteur d'activité. Parmi les autres questions abordées, on peut citer le transfert des connaissances, les disparités régionales et les questions d'éthique.

Tous s'entendent pour reconnaître que la recherche sur la santé constituera un des principaux moteurs de changement du système de soins de santé canadien dans les années à venir (section 9.1). Les connaissances acquises par l'entremise de la recherche sur la santé se traduisent directement en une amélioration du diagnostic, du traitement, de la cure et de la prévention de nombreuses maladies. Ce changement à son tour entraîne une diminution des coûts du système de soins de santé

- en réduisant le coût de la maladie, tant sociale qu'économique, grâce à la mise au point de nouveaux médicaments, produits, technologies et découvertes qui abrègent l'hospitalisation, accélèrent la guérison et prolongent les périodes de bonne santé;
- en améliorant l'efficience et l'efficacité de la prestation des soins de santé;
- en guérissant la maladie.

La première option consisterait à augmenter la part que consacre le gouvernement fédéral aux dépenses sociales en matière de recherche sur la santé à un pour cent de l'ensemble des dépenses consenties dans ce domaine par rapport au niveau actuel de financement qui se situe à environ un demi-pour cent (section 9.1.1). À cette fin, il faudrait pour le moins doubler le budget actuel d'IRSC pour le porter à 1 milliard de dollars. Cela aurait également pour effet d'aligner la contribution fédérale à la recherche sur la santé avec celle des gouvernements centraux d'autres pays. Plus important encore, un tel investissement fédéral contribuerait à faire de la recherche en matière de santé une industrie dynamique et avant-gardiste.

Le transfert des connaissances résultant de la recherche sur la santé renforcerait considérablement le processus de prise de décisions fondé sur l'expérience clinique dans le domaine de la santé et des soins de santé, au profit de tous les Canadiens (9.1.2). On a dit au Comité qu'il faut diffuser les résultats de la recherche sur la santé aux fournisseurs de soins de santé et aux décideurs politiques. Il convient également de lancer une campagne de sensibilisation publique en vue d'informer les Canadiens sur les résultats, notamment, de la recherche génétique, du clonage animal et de la recherche sur les embryons. On pourrait mettre sur pied un organisme qui aurait pour tâche de diffuser les résultats de la recherche biomédicale et clinique. Un tel organisme pourrait être créé dans le cadre d'IRSC ou au sein de Santé Canada. On pourrait également créer un organisme fédéral séparé dédié à cette tâche.

On a fait savoir au Comité qu'il existait, d'une région à l'autre du pays, une grande disparité en ce qui a trait à la capacité de recherche (section 9.1.3). Par exemple, certains établissements médicaux et centres d'étude sur la santé, particulièrement dans les provinces de l'Atlantique et les Prairies, sont actuellement sous-financés et incapables de relever les défis qui leur permettraient de contribuer au succès du Canada dans le contexte concurrentiel de la recherche mondiale sur la santé. Le Comité aimerait recueillir des avis sur les mesures que pourrait prendre le gouvernement fédéral pour contribuer à réduire les disparités provinciales dans ce domaine.

Le Comité a entendu dire qu'un groupe d'experts sur l'éthique en matière de recherche vient d'être créé par IRSC en collaboration avec le CRSH et le CRSNG (section 9.1.4). Ce groupe d'experts dirigera la politique fédérale pour l'étude des questions d'éthique que soulève la recherche appliquée à des sujets humains. Le Comité a entendu dire que bien que cette politique préconise des normes élevées, il faudrait y adjoindre une surveillance efficace pour faire respecter ces normes. En outre, le groupe d'experts sur l'éthique en matière de recherche examinera la recherche financée par IRSC, le CRSH et le CRSNG, à l'exclusion des autres projets de recherche entrepris au Canada. On a proposé qu'un organe de surveillance national indépendant d'IRSC soit créé afin d'assurer la bonne marche des examens déontologiques pour toutes les entreprises de recherche financées par des fonds publics et privés, en particulier la recherche sur les tissus de l'embryon ou du fœtus humain, y compris la recherche sur les cellules embryonnaires.

Ces dernières années, le gouvernement fédéral a fourni des fonds permettant d'évaluer les projets pilotes innovateurs destinés à améliorer la prestation des soins de santé (section 9.2). Un volet important de ces projets pilotes tient à la nécessité de fournir une évaluation des résultats, notamment en ce qui a trait à l'impact du projet sur l'état de santé des populations, l'utilisation des services de santé, sa rentabilité et les améliorations apportées à la prestation des soins, à la sécurité des systèmes de soins de santé et à la confidentialité des renseignements personnels, etc. Tous les témoignages souscrivent au fait que le gouvernement fédéral devrait maintenir ou augmenter son niveau de financement dans le domaine de la recherche (section 9.2.1) tout en abordant la question des disparités régionales (section 9.2.2).

Chapitre 10

Questions et options concernant le rôle d'infrastructure : technologie et systèmes d'information

Le concept « d'infrastructure des soins de santé » comprend l'ensemble varié des ressources – à la fois physiques et humaines – qui soutiennent la prestation des soins de santé. Dans ce sens, l'infrastructure ne touche pas seulement les briques et le mortier, pas seulement l'équipement médical et la technologie sanitaire, mais aussi les ressources humaines, le secteur de l'enseignement et les systèmes d'information et de communication qui appuient les fournisseurs de soins de santé.

Bien que le Canada se classe au 5e rang des pays de l'OCDE pour ce qui est du budget total affecté aux soins de santé (comme pourcentage du produit intérieur brut), il se retrouve généralement parmi le tiers inférieur de ces pays pour ce qui est de l'accès à la technologie médicale. L'accessibilité n'est pas la seule question qui se pose en matière de technologie. Le « vieillissement » de cette technologie est également source de préoccupations.

L'accessibilité restreinte à la technologie médicale s'est souvent traduite par un accès limité aux soins et un allongement des délais d'attente. L'accès opportun au diagnostic et au traitement est un objectif primordial qu'il convient d'atteindre dans le cadre du système de soins de santé au Canada (voir le chapitre 7 pour une discussion plus approfondie du problème des listes d'attente).

Même si le gouvernement fédéral a annoncé qu'il investirait une somme totale d'un milliard de dollars en 2000-2001 et 2001-2002 pour aider les provinces et les territoires à se procurer de l'équipement médical neuf à des fins diagnostiques et cliniques, un certain nombre de préoccupations subsistent. Primo, certaines provinces n'ont pas demandé leur part de ces subventions, peut-être parce que le gouvernement fédéral exige un partage des coûts. Secundo, il n'existe apparemment aucun mécanisme obligeant les provinces à rendre des comptes, ce qui permettrait de surveiller l'affectation des fonds. Tertio, des ressources supplémentaires sont requises pour faire fonctionner cet équipement. Selon les estimations, un investissement d'un milliard de dollars pour l'achat d'un nouvel équipement devrait être assorti d'une subvention supplémentaire de 700 millions pour couvrir les dépenses de fonctionnement. Quarto, un tel investissement ne réglerait pas le problème de l'équipement désuet. Un autre investissement d'un milliard de dollars serait requis pour moderniser l'équipement actuel.

Ces considérations laissent entendre que le gouvernement fédéral devrait envisager sérieusement de s'engager dans un programme de financement à long terme pour couvrir les dépenses afférentes à la technologie sanitaire (section 10.1.1). Un tel financement fédéral engloberait à la fois l'acquisition des technologies nouvelles, ainsi que le fonctionnement et la modernisation de l'équipement actuel. Dans le cadre de ce programme, les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient être tenus de faire rapport aux Canadiens sur la façon dont ils ont investi ces fonds fédéraux; autrement, le gouvernement fédéral n'aurait aucun moyen de savoir si son argent est dépensé aux fins pour lesquelles il a été prévu.

L'évaluation de la technologie des soins de santé (ETSS) (section 10.1.2) fournit des renseignements sur la sécurité, l'efficacité clinique et l'efficience économique. L'ETSS peut aider à décider si une nouvelle technologie devrait être adoptée et quand une technologie en usage devrait être remplacée. Chose plus importante encore, l'ETSS veille à ce que les technologies des soins de santé soient efficaces, qu'elles s'appliquent dans des conditions et des cas appropriés et que la solution la moins coûteuse soit retenue pour obtenir un résultat donné.

Au Canada, on n'accorde pas assez d'attention à l'ETSS. Par exemple, l'ensemble des paliers de gouvernement y investissement moins de 8 millions de dollars alors que le Royaume-Uni fournit quelque 100 millions de dollars à l'organisme national chargé de l'ETSS – le National Institute for Clinical Excellence (NICE). Il en résulte que les technologies des soins de santé sont souvent introduites dans le système canadien sans que l'on ait une connaissance approfondie de leur sûreté, de leur efficacité et de leur coût.

Une des principales faiblesses de notre système de soins de santé est qu'il s'apparente à une « industrie artisanale » (voir également la discussion portant sur le secteur des soins primaires au chapitre 5). D'une part, le secteur des soins de santé au Canada fait moins appel à la technologie de l'information et des communications que d'autres industries axées sur l'information. D'autre part, le système de soins de santé n'est pas intégré : les médecins et autres fournisseurs de soins de santé, les hôpitaux, les laboratoires et les pharmacies fonctionnent comme des entités indépendantes ayant un accès limité aux mécanismes de liaison qui permettraient une meilleure diffusion de l'information.

Une meilleure utilisation des technologies de l'information et des communications (section 10.2), de concert avec une meilleure intégration des fournisseurs et des établissements de soins de santé, améliorerait considérablement les processus de prise de décision, fondés sur l'expérience clinique, des fournisseurs, des gestionnaires et des décideurs en matière de santé.

Beaucoup de témoins ont souligné qu'il fallait d'urgence améliorer notre capacité de gérer l'information sur la santé. Ils sont allés jusqu'à recommander qu'on le fasse même si cela signifie, à court terme, que les listes d'attente s'allongent, qu'on achète moins de technologies de la santé et qu'on remette à plus tard certaines autres dépenses. De l'avis de nombreux témoins, il est essentiel que nous améliorions notre capacité de gérer l'information sur la santé si nous voulons que le régime d'assurance-santé survive.

L'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le domaine de la santé est souvent désignée par terme « télémédecine ». Parmi les applications de la télémédecine qui sont envisagées au Canada dans le but de partager l'information et d'intégrer la prestation des soins de santé, on peut citer les systèmes d'informatisation des dossiers médicaux et les sources d'information sur la santé de l'Internet.

Le principal défi à relever consiste à regrouper les diverses infrastructures qui s'élaborent actuellement de façon dispersée dans divers établissements et diverses provinces. C'est ce qui résultera de l'infostructure de la santé qui a été proposée pour le Canada (10.2.1). Il ne s'agira pas d'une structure monolithique mais d'une constellation de réseaux qui s'appuiera sur des projets déjà en place ou en élaboration aux paliers fédéral, provinciaux et territoriaux. Il s'agit certainement là d'une entreprise aussi coûteuse qu'ambitieuse qui demandera des années avant de voir le jour. Il est toutefois indispensable d'y parvenir si nous voulons acquérir des renseignements valables sur la santé des Canadiens, sur l'état de notre système de soins de santé et sur l'efficience et l'efficacité de la prestation et de la distribution de ces services.

En mettant en œuvre cette option, il conviendrait d'accorder la priorité à l'informatisation des dossiers médicaux puisqu'un tel système est la pierre angulaire d'un système de prestation de soins de santé efficient et judicieux, capable d'améliorer la qualité et la responsabilisation. Sans cette sorte d'infostructure, les perspectives d'un système de soins de santé vraiment axé sur le patient et les perspectives de renforcement de l'efficience dans la prestation des services de santé sont minces. En fait, un système de dossiers médicaux informatisés est essentiel si on veut vraiment réformer les soins de santé primaires.

La télémédecine (section 10.2.2) est une forme d'application de l'informatisation des systèmes de soins de santé[1] qui peut grandement améliorer la qualité et l'accès à des soins opportuns, particulièrement dans les régions rurales et éloignées du Canada. L'accessibilité des soins de santé est l'un des quatre principes de la *Loi canadienne sur la santé* qui fondent une médecine axée sur le patient. Toutefois, les populations canadiennes rurales se préoccupent toujours davantage des disparités qui se manifestent entre les services offerts dans les zones rurales et éloignées et ceux qui sont offerts dans les régions urbaines.

La télémédecine est un volet important de la politique de santé du gouvernement fédéral en région rurale. Dans le contexte de la santé des populations rurales, elle offre les avantages suivants : elle répond à la pénurie de fournisseurs de soins de santé en milieu rural et aux lacunes de la formation médicale; elle améliore l'infrastructure de santé rurale; elle permet de se conformer au principe d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé* et elle assure une diffusion plus équitable des systèmes d'information sur la santé dans tout le pays.

La production d'un volume considérable de renseignements sur la santé constituera un des résultats importants de l'infostructure canadienne de la santé. Tous les membres des divers paliers de gouvernement et tous les intervenants dans le secteur de la santé sont d'avis qu'un système de soins de santé fondé sur l'expérience clinique peut offrir une plus grande responsabilisation et assurer l'amélioration continue de l'état de santé et de la prestation des soins de santé, de même qu'une meilleure compréhension des déterminants de la santé (section 10.3).

---

[1] NDT : Nous n'avons trouvé, en français, qu'un seul équivalent pour les termes anglais "telemedecine" et "telehealth" : « télémédecine ». Puisqu'on ne peut dire que la télémédecine est une forme d'application de la télémédecine, nous avons fait appel à l'expression « informatisation des systèmes de santé » pour traduire "telehealth".

Le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces et les territoires, s'est clairement engagé dans la voie d'une plus grande responsabilisation dans le domaine des soins de santé lorsqu'il a signé l'Accord des premiers ministres en septembre 2000. Un comité chargé de faire rapport sur des indicateurs de rendement, présidé par l'Alberta et comptant parmi ses membres des représentants de Terre-Neuve, du Québec, de l'Ontario et de Santé Canada, s'efforce d'établir et de recommander une liste d'indicateurs. De la même façon, le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), intitulé *Health Care in Canada*, constitue un pas vers un processus de comptabilité national dans le domaine des soins de santé. L'une des possibilités consisterait à étendre la capacité d'analyse d'information de l'ICIS et sa capacité de rendre compte chaque année aux Canadiens de leur état de santé et de l'état de leur système de soins de santé (section 10.3.1).

Dans la ligne de la recommandation de la Commission Fyke en Saskatchewan, un conseil national de la qualité des soins de santé (section 10.3.2) serait un organisme autonome, fondé sur l'expérience clinique et indépendant du gouvernement. Il aurait pour objet de fournir l'évaluation la plus objective possible de la prestation des services de santé et il ferait rapport à la fois au gouvernement et au grand public. Ce conseil entreprendrait, notamment, l'analyse du rendement du système de soins de santé, élaborerait des points de repère et des normes, étudierait les coût et les avantages des programmes et services et évaluerait les tendances se manifestant dans l'état de santé des populations.

Les indicateurs de rendement élaborés par ce conseil national de la qualité des soins de santé poseraient les assises d'une amélioration de la qualité et serviraient de guide pour l'affectation des ressources. Le conseil mettrait le doigt sur les secteurs ayant besoin d'appui et permettrait au public de porter des jugements plus éclairés sur les divers secteurs et services ainsi que sur le système en général. Cela améliorerait considérablement la perspective d'une optimisation de l'utilisation des ressources publiques disponibles.

La reddition de compte de la part des gouvernements peut s'engager dans deux directions (section 10.3.3). Dans le cadre de la première option, le gouvernement fédéral ferait rapport aux Canadiens sur ses politiques et programmes en matière de santé (reddition de compte au public). La deuxième concerne les rapports fournis par les provinces et les territoires au gouvernement fédéral sur l'utilisation des paiements de transfert fédéraux (reddition de compte de gouvernement à gouvernement).

Le gouvernement fédéral pourrait montrer l'exemple en mettant sur pied un mécanisme de rapport permanent au public canadien sur les répercussions des politiques qu'il adopte en matière de santé et de soins de santé. Il pourrait, par exemple, nommer un commissaire à la santé qui serait chargé de cette fonction et prendre pour modèle le projet « Healthy People » mis sur pied par le Surgeon General des États-Unis avec la collaboration du Département américain de la Santé et des Services humanitaires.

La deuxième forme de reddition de compte – de gouvernement à gouvernement - peut sembler problématique à tous ceux qui estiment que le gouvernement

fédéral ne devrait jouer aucun rôle et ne devrait pas imposer aux provinces de rendre compte des programmes qu'elles offrent. Toutefois, étant donné le montant substantiel des subventions octroyées aux provinces et aux territoires par le gouvernement fédéral pour la prestation des services de santé, la responsabilité de ce gouvernement en matière de reddition de compte aux contribuables fédéraux exige qu'il comprenne bien comment leur contribution a été dépensée, bien ou mal. L'attribution d'un rôle au gouvernement fédéral, en ce qui a trait à l'obligation de reddition de compte entre gouvernements, n'a pas pour objet de lui permettre s'immiscer dans les prérogatives provinciales mais plutôt d'offrir aux Canadiens la possibilité de savoir comment leurs impôts fédéraux ont été dépensés, y compris par le gouvernement fédéral dans son rôle de fournisseur de services à des groupes de population particuliers, tout spécialement aux Autochtones du Canada.

Chapitre 11

Enjeux et options pour le rôle d'infrastructure : ressources humaines en santé

Une « crise » dans le domaine de la santé est fort plausible dans le secteur des ressources humaines, particulièrement si on se penche sur la situation des infirmières et infirmiers autorisés au Canada[2]. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada prévoit que d'ici 2011 il y aura une pénurie d'au moins 59 000 infirmières au Canada, mais que cette pénurie pourrait atteindre 113 000 si on tient compte des besoins d'une population vieillissante. On constate également une pénurie chez les autres professionnels de la santé dans d'autres secteurs, notamment chez les techniciens de laboratoire et les pharmaciens.

L'évaluation de la situation des médecins est plus difficile. Alors que le nombre total de médecins s'est accru, le ratio des médecins à la population est resté relativement constant au fil des ans, en dépit de certaines fluctuations. Toutefois, les totaux ne révèlent pas tout. L'accessibilité des services offerts par les médecins varie largement selon le type de médecin à qui l'on a affaire et le lieu de résidence.

Il est improbable que l'on puisse régler rapidement les problèmes de ressources auxquels fait face le secteur de la santé. Tous les organismes nationaux représentant ce secteur ont fait valoir avec insistance qu'on a besoin d'une stratégie nationale, à long terme, conçue au Canada (stratégie de gestion des ressources humaines) et coordonnée par le gouvernement fédéral (section 11.2). Bien entendu, les provinces et les territoires n'ont pas seulement la responsabilité de la prestation des soins de santé à leur population, ils sont également chargés de l'éducation et de la formation. Relever le défi consiste donc à trouver un moyen d'élaborer une telle stratégie d'une manière qui soit acceptable pour les provinces et les territoires.

Il se peut que les gouvernements provinciaux et territoriaux résistent à l'intervention du gouvernement fédéral dans l'élaboration d'une telle stratégie de gestion des

[2] NDT : Pour alléger le texte, nous avons choisi d'utiliser la forme féminine de la profession, qui est la plus courante, dans le reste du rapport. Il convient donc de lire, dans chaque cas, « infirmiers et infirmières».

ressources humaines. Par exemple, lors de leur réunion d'août 2001, les premiers ministres et chefs de file provinciaux et territoriaux ont consenti à développer en permanence la coopération interprovinciale en vue d'assurer un approvisionnement adéquat en fournisseurs de soins de santé, sans que le gouvernement fédéral intervienne. Néanmoins, le Comité est d'avis qu'une stratégie nationale (et non fédérale) reposant sur la participation de tous les gouvernements, y compris le gouvernement fédéral, est requise.

Deux autres questions touchant aux ressources humaines exigent de toute évidence l'attention de tous les gouvernements (section 11.3) :

- Comment faire le meilleur usage possible d'une gamme complète de spécialistes de la santé ayant des qualifications différentes pour que l'ensemble des compétences de chaque type de spécialiste soit utilisées de manière productive?
- Comment recruter, former et retenir une réserve adéquate de spécialistes des soins de santé qui peuvent s'adapter aux besoins de la population canadienne en matière de santé et de soins de santé?

Aujourd'hui, une structure fortement hiérarchisée permet de classer les professionnels de la santé et autres dispensateurs de soins. Les médecins spécialistes sont généralement perçus comme étant au sommet de cette pyramide, suivis par les médecins de famille, diverses catégories d'infirmières, depuis celles qui ont une formation poussée (infirmières praticiennes) jusqu'aux infirmières auxiliaires (infirmières auxiliaires autorisées). D'autres professionnels, allant des pharmaciens aux techniciens de laboratoire, reçoivent moins d'attention, mais n'en sont pas moins importants pour le fonctionnement harmonieux du système. Il ne faut pas oublier non plus les praticiens d'un éventail de médecines complémentaires qui ne cessent de se battre pour la pleine reconnaissance de leur contribution à la santé et au bien-être des Canadiens. Enfin, il existe une armée de dispensateurs de soins non professionnels et de bénévoles dont la contribution, quoique essentielle, est souvent totalement laissée pour compte.

Nous devons par conséquent demander explicitement s'il n'est pas temps de nous éloigner de ce mode de pensée hiérarchisé pour tenter d'adopter une approche plus complémentaire, de type spectral, à la gestion des ressources humaines œuvrant dans le domaine de la santé. Un tel concept réfuterait l'idée que les médecins spécialistes se situent plus haut sur l'échelle que leurs collègues généralistes, en vertu de leur connaissance plus approfondie d'un domaine particulier, ou que les médecins en général sont nécessairement plus hautement qualifiés que les infirmières. Au contraire, le concept est fondé sur la présomption que chaque profession a ses forces particulières et que celles-ci doivent être valorisées et déployées de manière adéquate.

Un des principaux obstacles à l'élaboration d'un plan de traitement de ces questions tient aux règles actuelles qui définissent ce que les membres des divers professionnels de la santé peuvent et ne peuvent pas faire (ce que l'on appelle les règles régissant le cadre des

fonctions). La réforme des soins primaires est essentielle si nous voulons rationaliser l'utilisation des ressources humaines dans le domaine de la santé (section 11.4). Les soins primaires constituent le premier niveau de soins et habituellement le premier point de contact de la population avec le système de soins de santé. Les services de soins primaires aident les personnes et les familles à prendre les meilleures décisions concernant leur santé. Ces services doivent être :

- coordonnés;
- accessibles à tous les consommateurs;
- fournis par des professionnels de la santé qui ont les habiletés requises pour répondre aux besoins des personnes et des collectivités auxquelles ils s'adressent;
- conçus de telle sorte qu'on puisse rendre compte de la prestation des soins par l'entremise de la gérance communautaire.

Le travail d'équipe multidisciplinaire doit par conséquent être au cœur même de la prestation des soins primaires. Toutefois, le but de ce travail d'équipe ne devrait pas être de remplacer un dispensateur de soins de santé par un autre, mais plutôt de tenir compte des habiletés uniques que chacun offre à l'équipe et de coordonner le déploiement de ces compétences. Le client doit rencontrer le travailleur de la santé qui est le plus susceptible de régler son problème.

La façon dont les soins de santé sont fournis au Canada ne reflète généralement pas une philosophie des soins primaires (même si on peut dire que les centres de santé communautaires sont des exemples d'organismes offrant des services conformes à une telle philosophie). Les services de santé ne sont pas souvent coordonnés, pas plus qu'ils ne sont fournis par les praticiens les plus qualifiés; en outre, la connaissance et les habiletés de nombreux intervenants ne sont pas pleinement exploitées.

La mise en œuvre d'une stratégie de soins primaires, tel que noté précédemment dans ce rapport (voir le chapitre 5), présuppose également que l'on repense la pratique actuelle du paiement à l'acte comme mode principal de rémunération des médecins. Le paiement à l'acte incite activement les médecins à ne pas s'engager dans un travail d'équipe et leur salaire dépend du nombre de patients qui les consultent. En outre, ce mode de rémunération encourage les médecins de famille à renvoyer d'office un grand nombre des cas plus complexes aux spécialistes puisqu'ils n'ont aucun avantage à consacrer davantage de leur temps aux cas difficiles. Enfin, la rémunération à l'acte renforce la perception qu'a le grand public de la hiérarchie qui préside à l'organisation du système de soins de santé et qui ne peut servir qu'à renforcer chez les patients la volonté de consulter dans tous les cas les médecins les plus hautement qualifiés, sans tenir compte du fait que ces spécialistes sont ou non les mieux placés pour répondre à leurs besoins.

Par rapport au paiement à l'acte, les formules de rémunération salariale et de rémunération per capita représentent les principales options, les services des médecins étant,

dans ces cas, rémunérés d'après le nombre de patients enregistrés dans leur secteur. Actuellement, certains médecins ayant d'importantes fonctions d'enseignement ou d'administration sont rémunérés sur une base salariale, mais il y a eu dans diverses provinces un certain nombre d'initiatives visant à organiser des groupes de praticiens selon certaines formes de capitation. Il est également possible de combiner ces formes de rétribution (comme on le fait en Grande-Bretagne).

La recherche d'autres modes de rémunération des médecins n'est pas le seul obstacle à surmonter si l'on veut réformer le système actuel de telle sorte que l'on fasse, dans le secteur de la santé, le meilleur usage possible de tous les types de ressources humaines. La réforme dans ce domaine va nécessairement à l'encontre de la distribution actuelle du pouvoir de décision et on peut s'attendre à ce que les gens qui y occupent les postes de pouvoir les plus en vue résistent à ces changements. La réforme des soins primaires aurait pour effet d'accroître le nombre de personnes partageant le sommet de la pyramide et il faudra trouver les moyens de persuader ceux qui occupent aujourd'hui un rôle dominant de la nécessité de céder une partie de leurs prérogatives.

Enfin, il est important d'envisager diverses façons d'encourager les patients eux-mêmes à solliciter les formes de soins les plus appropriées (section 11.5). Les Canadiens ont été incités à penser qu'ils doivent voir un médecin quand la consultation d'une infirmière auxiliaire peut suffire, ou qu'un spécialiste est nécessaire alors qu'un généraliste pourrait aisément fournir des soins de qualité comparable. Le système de prestation des soins de santé doit être organisé de telle sorte qu'il soit possible pour les patients de consulter le professionnel de la santé qui convient le mieux et il faut qu'il existe des mesures incitatives récompensant les patients qui ont fait le meilleur choix ou les pénalisant lorsqu'ils choisissent une solution inutilement coûteuse pour le système.

On pourrait, pour atteindre ce but, réclamer des honoraires qui ne s'appliqueraient que si un patient insistait pour voir un professionnel de la santé donné lorsque ce n'est pas jugé nécessaire lors de la première interaction du patient avec le système. Les renvois à des spécialistes sur l'avis d'un professionnel de la santé (infirmière de triage, généraliste) seraient sans frais, mais si les patients exigeaient de leur plein gré d'autres consultations, ils devraient verser des honoraires qui pourraient varier en fonction du type de professionnel consulté. Ces honoraires pourraient être remboursables si la consultation s'avérait nécessaire pour éviter de décourager totalement ceux qui souhaitent obtenir une deuxième opinion sur leur cas. Il pourrait également s'avérer possible de garantir des délais d'attente plus courts pour certaines catégories de professionnels et d'utiliser une telle garantie comme une mesure incitative supplémentaire afin de promouvoir un comportement sensible aux coûts chez les consommateurs de soins de santé.

Quatre grandes questions font partie intégrante du problème de planification des ressources humaines :

- Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer dans l'élaboration d'un plan national des ressources humaines applicable à tout le personnel des services de santé?
- Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer dans la mise en œuvre d'un tel plan (p. ex. par l'entremise du financement de l'infrastructure ou d'une contribution financière aux programmes de formation)?
- Comment les Canadiennes et les Canadiens peuvent-ils être « formés » ou encouragés à établir des distinctions et à discriminer entre leurs vrais besoins de services de santé et une demande de services fondée sur leurs désirs?
- Comment peut-on persuader ceux que l'on perçoit actuellement comme étant au sommet de la structure de pouvoir en matière soins de santé de céder une partie de ce pouvoir et de changer les règles du cadre de pratique pour qu'on puisse en arriver à une utilisation plus efficiente du personnel des services de santé (« efficiente » signifiant qu'un patient sera toujours examiné par un travailleur de la santé qualifié pour répondre à ses besoins et qui adressera le patient à un dispensateur de services ayant d'autres compétences lorsque ce patient en aura vraiment besoin)?

Une des difficultés inhérentes aux questions soulevées tient au fait que les deux premières questions dépendent fortement des hypothèses que l'on peut formuler sur l'échéancier et sur la nature précise des progrès que l'on peut réaliser dans les deux dernières.

Chapitre 12

Questions et options concernant le rôle à jouer en matière de santé de la population

Un bon système de soins de santé n'est qu'un des nombreux facteurs qui contribuent à garder les gens en bonne santé. Certains experts ont laissé entendre que seulement 25 % de la santé de la population était attribuable au système de soins de santé, 75 % dépendant de facteurs tels que la biologie et la supériorité génétique, l'environnement physique et les conditions socio-économiques.

On s'entend généralement à reconnaître que de multiples facteurs – appelés les « déterminants de la santé » – influent sur l'état de santé. Parmi ces déterminants, on peut citer le revenu et le soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail; le milieu social et physique; les pratiques d'hygiène personnelle et les facultés d'adaptation.

Le terme « santé de la population » est utilisé pour renvoyer à l'état de santé général d'une population tel que résultant de l'ensemble des déterminants de la santé. Une stratégie d'amélioration de la santé de la population vise l'élimination des problèmes de santé latents avant qu'ils n'exigent un traitement au sein du système de soins de santé.

Un des principaux attraits d'une stratégie visant la santé de la population est qu'une telle stratégie permet de mieux comprendre pourquoi l'état de santé au Canada ne touche pas uniformément tous les segments de la population. Un large éventail d'indicateurs de l'état de santé montre qu'il existe d'importantes disparités, au sein de la population canadienne, notamment quant étudie différents paramètres tels que l'emplacement géographique, les facteurs démographiques, les conditions socio-économiques ou les différences liées au sexe.

La révolution qu'ont connue les soins de santé au XX^{e} siècle a considérablement modifié la courbe de distribution des maladies, les principales causes de mortalité passant des maladies infectieuses aux maladies non transmissibles (section 12.1). Les maladies chroniques telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires sont devenues les principales causes de décès et d'invalidité au Canada, les blessures accidentelles venant au troisième rang des causes de mortalité.

Un certain nombre de tendances touchant la santé des jeunes Canadiens sont très inquiétantes. Il s'agit, entre autres, de l'embonpoint et de l'obésité, des troubles de l'alimentation, des nombreux cas d'ignorance des méfaits du tabac et des faibles niveaux de bien-être psychologique (section 12.2).

Les questions qui touchent à la maladie sont complexes, mais bon nombre des maladies chroniques et infectieuses et la plupart des blessures peuvent être prévenues. Néanmoins, on a eu tendance à tenter de guérir les maladies au lieu de les prévenir, en raison principalement d'un manque de volonté politique.

Selon de nombreux experts, le statut socio-économique est le facteur qui exerce la plus grande influence sur la santé (section 12.3). Les Canadiens à faible revenu et faible niveau d'éducation sont plus susceptibles que d'autres de souffrir d'un état déficient quel que soit le traitement appliqué, et on peut dire, en tenant compte des déterminants de la santé et de pratiquement tous les paramètres mesurés, que la santé des gens s'améliore avec l'augmentation des niveaux de revenu et d'éducation.

Le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie est un rôle bien établi (section 12.4). De la même façon, ce gouvernement a été reconnu comme un chef de file, à l'échelle mondiale, pour ce qui est du développement du concept de santé de la population. Il pourrait une fois de plus faire preuve de leadership en adoptant une stratégie de santé de la population qui s'applique à tous les Canadiens.

Les efforts de prévention doivent être adaptés et souples. Il n'y a pas de stratégie unique s'appliquant à tous (section 12.4.1). Les stratégies globales de prévention et de promotion doivent donc tenir compte des organes de liaison entre les facteurs de risque, de même qu'entre l'état de santé et les facteurs socio-économiques, démographiques et environnementaux.

Ces stratégies doivent également reconnaître la relation qui existe entre une collectivité saine et des citoyens en bonne santé. Parmi les approches qui permettent de s'attaquer à plusieurs facteurs de risque et peuvent produire des avantages multiples, on peut citer l'appui aux familles vulnérables, les programmes complets de promotion de la santé en milieu scolaire et de santé et sécurité au travail.

Le Comité est d'avis que plusieurs questions clés se posent pour ce qui est des stratégies de promotion de la santé de la population; celles-ci concernent, pour une grande part, les difficultés que soulève la transposition, en politiques réelles pouvant être mises en œuvre, des résultats de recherche visant à établir l'importance de ces stratégies concernant la santé de la population. En premier lieu, la multiplicité des facteurs influençant les résultats en matière de santé fait en sorte qu'il est extrêmement difficile d'associer causes et effets, particulièrement puisque l'effet n'est souvent perçu que plusieurs années après l'exposition à la cause.

En outre, en raison de la diversité des facteurs qui influencent les résultats en matière de santé, il est très difficile de coordonner les interventions gouvernementales à cet égard. Puisque le système de soins de santé lui-même n'est responsable que d'un pourcentage modeste des véritables déterminants de la santé, la responsabilité de la santé de la population ne peut s'arrêter aux divers ministères de la Santé. Toutefois, la structure de la grande majorité des gouvernements ne se prête pas facilement à une réglementation interministérielle de ces problèmes complexes.

Bien que de nombreuses difficultés soient associées à l'élaboration d'une stratégie efficace visant la santé de la population, le Comité estime qu'il est important que le gouvernement fédéral continue à essayer de donner l'exemple en explorant des moyens novateurs de transformer les bonnes théories en bonnes pratiques et de contribuer ainsi à l'amélioration des résultats en matière de santé au Canada. Le Comité aimerait mettre sur la table deux grandes options et solliciter les observations des lecteurs à leur endroit (section 12.4.2).

La première de ces options concerne la responsabilité fédérale pour ce qui est des services de santé offerts aux Autochtones du Canada (voir également le chapitre 13). L'idée-force tient au fait que, dans un domaine où la responsabilité fédérale est incontestable, il devrait être possible pour le gouvernement d'adopter une stratégie explicite en matière de santé de la population qui reconnaîtrait les nombreux facteurs contribuant au déplorable état de santé qui est toujours la norme dans de nombreuses collectivités autochtones.

La deuxième option octroierait au gouvernement fédéral un rôle encore plus important. En raison du fait qu'il faut, pour mettre en œuvre des stratégies visant la santé de la population, une vision très large, il est essentiel de trouver une façon de décloisonner les responsabilités dans le domaine des résultats des politiques et de scruter toutes les politiques à travers le prisme de ces stratégies. On pourrait à cette fin charger un « commissaire de la santé » (voir également le chapitre 10) de surveiller et de faire rapport sur l'incidence des politiques gouvernementales fédérales sur la santé.

Enfin, d'autres recherches sont nécessaires (section 12.4.3), particulièrement dans certains domaines. Souvent, l'argent est dépensé sans que des projets de recherche épidémiologique ne permettent d'établir où il faut l'investir. En ce qui a trait à la recherche sur les maladies chroniques, on note un manque de connaissance de l'usage qu'il faut faire de cette information pour la mise en œuvre de stratégies de prévention. À cet égard, des recherches s'imposent si l'on veut déterminer la meilleure façon de partager l'information sur la santé à la fois avec les fournisseurs de soins et avec chaque Canadien, et en particulier la meilleure façon de faire parvenir cette information aux membres des groupes socio-économiques défavorisés ou à ceux dont les capacités de lecture et d'écriture sont médiocres.

Chapitre 13

Questions et options relativement au rôle à jouer dans le domaine de la santé des autochtones

Il existe des disparités importantes entre les peuples autochtones du Canada et les autres Canadiens sur le plan de la santé et du point de vue socio-économique (section 13.1). Le Comité est d'avis que l'état de santé des Canadiens autochtones est une honte nationale. Si ces derniers jouissaient d'un état de santé comparable à celui du reste de la population, le Canada serait probablement le pays où l'état de santé des habitants est le meilleur au monde. Il est clair que des améliorations s'imposent à cet égard. Le gouvernement fédéral doit prendre les devants pour corriger immédiatement la situation.

Les soins de santé sont administrés aux Autochtone du Canada par l'entremise d'une gamme complexe de programmes et de services administrés par le fédéral, les gouvernements provinciaux et les collectivités autochtones (section 13.2). Qui fournit quoi à qui dépend d'un certain nombre de facteurs tels que le statut en vertu de la *Loi sur les Indiens*, le lieu de résidence (dans les réserves ou hors réserve), l'emplacement de la collectivité (non isolée ou éloignée) ainsi que de la question de savoir si Santé Canada a signé un accord de transfert pour la livraison de certains services de santé à une collectivité ou un organisme autochtone donné.

Pendant la deuxième phase de cette étude, le Comité s'est fait dire qu'en vertu de la *Loi sur les Indiens*, les Indiens de plein droit sont sous responsabilité fédérale. La construction d'hôpitaux et la prestation de services médicaux est toutefois du ressort de la province ou du territoire. Les Indiens inscrits qui résident dans une réserve ont droit aux services de santé généraux fournis par les provinces et les territoires tels que les hôpitaux, les services médicaux et les autres services assurés couverts par les régimes de santé provinciaux et territoriaux. Santé Canada, toutefois, offre des services d'urgence et des services directs de soins primaires dans les réserves situées dans des régions éloignées et isolées où aucun service provincial n'est disponible. Quel que soit le lieu de résidence (dans une réserve ou hors réserve), les Indiens de plein droit ont accès à des services de santé non assurés (SSNA) subventionnés par le gouvernement fédéral. Parmi ces services, on peut citer les médicaments, les fournitures et l'équipement sanitaires, les soins dentaires, les soins de la vue, le transport des malades, les cotisations de soins de santé et le counseling d'urgence en santé mentale.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont chargés de fournir des services de santé aux Inuits, mais la livraison des services de santé à la population inuite du Canada varie selon la province de résidence. En 1988, le gouvernement fédéral a transféré la responsabilité de l'administration de la santé au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. À la création du Nunavut, le gouvernement de la nouvelle entité est devenu responsable du territoire du Nunavut. Le gouvernement fédéral fournit des fonds aux gouvernements territoriaux pour que ceux-ci puissent livrer des programmes de santé aux Indiens de plein droit et aux Inuits, y compris des services de santé non assurés.

Les Métis et les Indiens non inscrits n'ont pas accès aux programmes de santé fédéraux. Ils reçoivent des services médicaux des gouvernements provinciaux et territoriaux, sur la même base que les autres Canadiens. Les Métis et les Indiens non inscrits ne sont pas visés par la *Loi sur les Indiens* et ne sont pas admissibles non plus aux services de santé non assurés financés par le gouvernement fédéral.

Dans l'ensemble, des obstacles juridictionnels à l'offre de services de santé aux Autochtones existent à deux niveaux. Le premier obstacle est attribuable à la répartition des pouvoirs entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Les conséquences de l'intervention de deux champs de compétence dans la prestation des services de santé sont notamment les suivantes : fragmentation du programme, problèmes de coordination des programmes et des mécanismes de rapport, inconsistance, lacunes, chevauchement possible des programmes, manque d'intégration, incapacité de rationaliser les services et obstacles à l'élaboration d'une vision holistique de la santé et du bien-être.

Le deuxième obstacle juridictionnel provient des divisions que crée la *Loi sur les Indiens* au sein même des populations autochtones. En raison du fait que les Métis et les Indiens non inscrits sont exclus du champ d'application de la loi, ils ne sont pas admissibles à la plupart des programmes fédéraux. De l'avis des témoins, ce manque de reconnaissance place les Métis et les populations non inscrites dans un véritable vide juridictionnel.

L'option proposée à la section 13.2.1 concerne l'élaboration par le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces, les territoires et les représentants de tous les groupes autochtones, d'un plan d'action national sur la santé des Autochtones visant à améliorer la coordination de la prestation des soins de santé entre les ordres de gouvernement. Le ministre fédéral de la Santé pourrait faciliter une telle coordination.

La section 13.3 aborde les moyens à prendre pour assurer un accès adéquat à des services de santé culturellement adaptés aux Autochtones du Canada. Une stratégie à long terme visant à accroître le nombre de fournisseurs de services de santé autochtones pourrait être élaborée par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (section 13.3.1). Dans le cadre d'une telle stratégie, le gouvernement fédéral pourrait fournir les ressources nécessaires pour former les Autochtones du Canada dans une gamme étendue de disciplines.

Une stratégie à long terme devrait également permettre de former, de recruter et de retenir les personnes qui ont embrassé une des nouvelles carrières dans le domaine de la santé, notamment les dispensateurs de soins à domicile, les éducateurs de la petite enfance, les travailleurs chargés de la prévention du diabète, les spécialistes de la télémédecine et les techniciens spécialisés en développement de systèmes.

La télémédecine pourrait également jouer un rôle important pour améliorer l'accès aux services de santé dans les collectivités autochtones (section 13.3.2). Dans les collectivités autochtones éloignées et isolées, la télémédecine offre divers avantages. Elle permet de tenir compte de la pénurie de dispensateurs de soins de santé et des lacunes de la formation médicale; elle améliore l'infrastructure des soins de santé; elle permet de se conformer au principe d'accessibilité mis de l'avant par la *Loi canadienne sur la santé* et elle assure un développement plus équitable des systèmes d'information sur la santé dans toutes les régions du pays. Le Comité accueillera favorablement toute opinion sur la façon d'offrir aux Autochtones du Canada un accès adéquat à des services de santé culturellement adaptés et de haute qualité (section 13.3.3).

Les Autochtones, quel que soit leur groupe d'appartenance, ne se contentent pas de définir la santé comme l'absence de maladie (section 13.4). Ils adoptent une vue plus large du concept de santé (ils parlent de « bien-être ») qui englobe les facettes spirituelle, physique, mentale et émotionnelle de la personne. Ils expliquent que les diverses composantes de l'état de santé global peuvent être influencées par le milieu social, culturel, physique, économique et politique où évolue la personne. Le concept autochtone de bien-être met l'accent sur le fait que les solutions en matière de santé ne deviendront efficaces que si tous les facteurs ayant une incidence sur un problème particulier sont pris en considération. Les témoins ont laissé entendre que la politique du gouvernement fédéral portant sur la santé des Autochtones doit mettre davantage l'accent sur la prévention de la maladie et sur une stratégie holistique de promotion de la santé des populations.

Le gouvernement fédéral a été reconnu, à l'échelle mondiale, pour un chef de file dans l'élaboration du concept de santé de la population. Dans le cadre de l'option discutée à la section 13.4.1, il devrait, une fois de plus, faire preuve de leadership dans la mise en œuvre d'une stratégie de santé de la population visant particulièrement les Autochtones du Canada. Une telle stratégie devrait tenir compte, notamment, des conditions économiques, de diverses questions environnementales telles que l'accès à une eau potable propre et sans danger, de la prestation de soins de santé de haute qualité culturellement appropriés, ou de la possibilité de mener une vie saine. Le fait d'investir dans de telles activités améliorera l'état de santé des Autochtones et réduira la souffrance et les coûts résultant d'une santé déficiente. Cette option exigerait une collaboration interministérielle permanente et à grande échelle. Le ministre fédéral de la Santé pourrait intervenir à titre de chef de file.

Le gouvernement fédéral devrait également donner l'exemple en mettant sur pied un mécanisme permanent permettant de faire rapport, au public canadien, sur l'incidence de toutes ses politiques et programmes destinés à améliorer la santé des Autochtones. Il pourrait

s'agir de la première étape vers une responsabilisation du gouvernement fédéral dans le dossier des politiques sur la santé. Nous accueillerons toute option qui pourrait nous être proposée pour mettre en œuvre un mécanisme de reddition de compte efficace à l'échelle fédérale, dans le domaine de la santé des Autochtones (section 13.4.2).

Au fil des audiences, divers témoins ont souligné l'importance d'entreprendre des recherches sur la santé des Autochtones et de fournir ainsi des renseignements utiles sur la façon d'améliorer la prestation des services de santé et les résultats en la matière (section 13.5). Ils ont accueilli la création du nouvel Institut sur la santé des Autochtones au sein d'IRSC et ont souligné le fait qu'il est essentiel que ce nouvel institut dispose d'un niveau suffisant de financement. À leur avis, la diversité des groupes qui composent la mosaïque démographique autochtone doit se refléter dans les activités de recherche en matière de santé. En outre, des fonds devraient être affectés à des activités de recherche qui explorent divers modèles en vue d'obtenir des renseignements, fondés sur l'expérience, sur la façon d'élaborer et d'administrer des programmes ayant des effets sur la santé des Autochtones.

Étant donné la diversité des peuples autochtones et leurs besoins uniques en matière de santé et de soins de santé, il est essentiel de faire participer leurs collectivités au renouvellement des politiques et des programmes fédéraux qui ont une incidence sur la santé de leurs collectivités (section 13.6). Nous avons entendu dire que les programmes les plus fructueux, ceux qui ont donné les meilleurs résultats en matière de santé, sont aussi ceux qui ont reçu un appui significatif des membres des collectivités concernées. Le Comité voudrait obtenir des suggestions sur les processus les plus appropriés qui permettraient d'assurer la participation des Autochtones du Canada à la conception, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes fédéraux destinés à améliorer la santé de leurs collectivités.

Chapitre 14
Conclusion

Pour nous, Canadiens, le système de soins de santé subventionné par l'État est l'une des principales caractéristiques de notre pays. Il a en fait presque acquis un statut mythique. Il traduit des valeurs typiquement canadiennes qui contrastent avec celles qui ont cours chez nos voisins américains.

L'assurance-santé repose sur le principe que le société canadienne devrait partager collectivement les risques et les conséquences des maladies et des blessures qui touchent chaque Canadien. Avant l'avènement de l'assurance-santé, ce sont généralement les malades ou les blessés eux-mêmes qui les assumaient, ou encore leurs familles ou divers organismes caritatifs. D'une façon générale, les Canadiens ont encore aujourd'hui ce sens de la responsabilité collective à l'égard ds soins de santé, malgré les valeurs plus individuelles qui sont apparues ces dernières années et qui expliquent certains des grands changements sociaux récents.

De plus, les Canadiens considèrent les soins de santé un peu comme un bien public, même si plus de 30 % des coûts totaux des soins de santé sont payés au moyen de fonds privés. Ils les considèrent aussi comme un bien public en ce sens qu'ils s'attendent à ce que le gouvernement, tant fédéral que provincial, leur assure les services auxquels ils estiment avoir droit.

Vu la place qu'occupent les soins de santé dans la mentalité des Canadiens et dans la vie politique du pays d'une façon plus générale, on aurait pu s'attendre à ce qu'il y ait eu un débat continu et réfléchi sur la question au Canada, ce qui n'a malheureusement pas été le cas.

C'est ainsi que le Comité a décidé dès le début qu'il assurerait un service public utile en produisant un rapport sur les grandes lacunes du système de soins de santé canadien et sur les façons dont il propose d'y remédier. De plus, il voulait ce rapport objectif et non idéologique. Enfin, il était essentiel, selon lui, de n'exclure aucune option a priori. Voilà ce qu'il espère avoir réussi.

Nous reconnaissons que la liste des problèmes que nous avons évoqués n'est pas exhaustive et que bon nombre de nos lecteurs voudront la compléter. De la même façon, certains estimeront incomplète la série des options que nous proposons et voudront en ajouter de leur cru. Nous accueillerons avec plaisir tous ces ajouts à notre travail. À notre avis, ils aideront à réaliser l'objectif que nous nous étions fixé : servir de catalyseur en vue d'un débat public éclairé sur la question des soins de santé.

Mais surtout, nous espérons que les Canadiens – c'est-à-dire les personnes qui bénéficient le plus du régime d'assurance-santé du Canada et celles qui seront le plus touchées par les changements qui y seront apportés – prendront le temps d'écrire au Comité et de lui faire savoir quelles options ils préfèrent et pourquoi. Nous comptons énormément sur l'opinion des Canadiens pour nous aider à rédiger notre rapport final et les recommandations qu'il renfermera.

Veuillez vous adresser à :

Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie
Le Sénat
Ottawa (Ontario)
K1A 0A4
sante@sen.parl.gc.ca
télécopieur : 613-947-2104

CHAPITRE UN :

INTRODUCTION

En décembre 1999, lors de la Seconde session du 36e Parlement, le Sénat a donné pour mission au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie d'étudier l'état du système de soins de santé canadien et d'examiner l'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine. Le Sénat a renouvelé le mandat du Comité lors de la Première session du 37e Parlement. Le mandat adopté aux fins de la présente étude est le suivant :

> *Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :*
>
> *a) Les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de santé au Canada;*
>
> *b) L'historique du système de santé au Canada;*
>
> *c) Les systèmes de santé publics dans d'autres pays;*
>
> *d) Le système de santé au Canada – Pressions et contraintes;*
>
> *e) Le rôle du gouvernement fédéral dans le système de santé au Canada*[1].

En mars 2001, en réponse à ce mandat aussi ambitieux que complexe, le Comité a relancé son étude pluriannuelle polyvalente comprenant cinq grandes phases. Le tableau 1 présente des informations sur chaque phase et sur sa durée respective.

TABLEAU 1
ÉTUDE SUR LES SOINS DE SANTÉ :
PHASES ET CALENDRIERS PROPOSÉS

Phase	Contenu	Calendrier
Un	Contexte historique et aperçu	Hiver/automne 2000
Deux	Tendances : Leurs causes et leurs effets sur le coût des soins de santé	Automne 2001
Trois	Modèles et pratiques dans d'autres pays	Automne 2001
Quatre	Élaboration d'un document consacré aux questions et aux options	Automne 2001
Cinq	Audiences portant sur le document consacré aux questions et aux options et élaboration du rapport final et des recommandations	Automne 2001/hiver 2002

[1] Débats du Sénat (hansard), 2e session, 36e législature, volume 138, question 23, 16 décembre 1999.

Le présent rapport constitue le volume 4 d'une série de cinq rapports rédigés par le Comité sur la santé des Canadiens et sur le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de la santé. Dans ce rapport, le Comité définit les questions clés touchant la politique gouvernementale relative au rôle fédéral et présente une série d'options possibles pour régler ces questions. Le Comité estime qu'il est indispensable que les décideurs fédéraux et provinciaux, les intervenants dans le domaine des soins de santé et le public canadien examinent les diverses questions et options, car elles sont liées à la viabilité à long terme du système de soins de santé au Canada.

En octobre et novembre 2001, le Comité a l'intention de tenir dans tout le pays de nombreuses audiences publiques qui porteront sur les questions et options présentées dans le présent rapport. Plus précisément, le Comité tiendra des audiences à Vancouver, Edmonton, Regina, Winnipeg, Toronto, Montréal, Fredericton, Charlottetown, Halifax et St-Jean (T.-N.). En janvier 2002, le Comité présentera son cinquième et dernier rapport dans lequel il résumera les principales conclusions dégagées de ces audiences publiques et il soumettra ses recommandations concernant le règlement des questions de politique gouvernementale présentées dans le présent rapport.

Les questions et options examinées ici sont inspirées des témoignages présentés devant le Comité au cours des trois premières phases de son étude sur la santé. Les données recueillies grâce aux interventions des témoins-experts ont été présentées de manière très détaillée dans les trois premiers rapports du Comité sur le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé :

- Le premier rapport explique comment le gouvernement fédéral a aidé les provinces à financer les soins hospitaliers et médicaux au fil des ans. Il met en particulier l'accent sur les objectifs initiaux de l'intervention fédérale dans le domaine des soins de santé et soulève un certain nombre de questions au sujet du rôle futur du gouvernement fédéral, compte tenu de l'évolution du contexte des soins de santé (p. ex., recours croissant à la pharmacothérapie, aux services de consultation externes, aux soins à domicile et aux soins communautaires). Ce premier rapport retrace également l'évolution des dépenses de soins de santé et des indicateurs de santé au cours des dernières décennies. Il se termine par un examen d'un certain nombre de mythes qui ont cours encore aujourd'hui au sujet de la prestation et du financement des soins de santé au Canada, et fait une mise au point sur chacun. L'objet du premier rapport était de fournir des données de fait et de faire un sort aux principales idées fausses qui reviennent constamment dans le débat sur les soins de santé au Canada.

- Le second rapport passe en revue les principales tendances qui influent sur le coût et la méthode de prestation des services de santé et sur les conséquences de ces tendances pour les futures mesures de financement public. En particulier, le rapport met en relief les pressions liées à l'évolution démographique de la population canadienne, le coût et l'utilisation croissants des médicaments et de la technologie, et l'évolution des méthodes de prestation des services de santé (p. ex., le recours croissant aux services extérieurs, aux soins à domicile, à la télémédecine). Le rapport traite également des questions liées à la recherche

médicale, de la planification des ressources humaines dans le même domaine (y compris la pénurie de fournisseurs de soins de santé), de la santé rurale, des tendances de la maladie et de la santé de la population autochtone du Canada. Enfin, il explique comment une infostructure dans le domaine de la santé pourrait contribuer à améliorer la prestation des services de santé à l'avenir.

- Le troisième rapport décrit et compare la manière dont les soins de santé sont financés et fournis dans plusieurs autres pays (Australie, Allemagne, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni et États-Unis), et énonce les objectifs de la politique nationale des soins de santé dans ces mêmes pays. Il met particulièrement l'accent sur les politiques et les réformes dont le Canada pourrait s'inspirer. Le rapport contient également un bref examen du fonctionnement des systèmes des comptes d'épargne santé (CES) à Singapour, en Afrique du Sud, aux États-Unis et à Hong Kong.

Le Comité a beaucoup appris au cours des trois premières phases de son étude et a présenté ses constatations dans les trois rapports mentionnés ci-dessus. Il espère que l'on consultera ceux-ci, car ils offrent un contexte utile à la discussion des options de politique gouvernementale qui font l'objet principal du quatrième rapport.

Le Comité estime cependant qu'il est utile de souligner certaines des conclusions qu'il a tirées jusqu'à présent de son étude, car elles aident à préparer la prochaine étape de ses travaux. La section qui suit résume certaines des principales constatations et observations des trois premières phases de l'étude.

CHAPITRE DEUX :

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATATIONS ET OBSERVATIONS DES PHASES UN, DEUX ET TROIS

2.1 Principales constatations et observations de la phase un

- La définition des « services médicalement nécessaires » qui ne garantit aux Canadiens que l'accès aux services de santé fournis par les médecins ou dans les hôpitaux, ne permet plus de dispenser des services de santé qui correspondent aux besoins réels en matière de santé et de mieux-être de la population canadienne au XXI[e] siècle. Cette définition ne reflète pas non plus toute la gamme des services qui sont couverts dans la pratique par les différents régimes d'assurance-santé provinciaux.

- Plus nous incluons de services dans la définition de « services médicalement nécessaires », plus le système de soins de santé public devient coûteux. L'élargissement de cette définition soulève la question de savoir comment ces services devraient être payés, et comment il serait possible d'éviter des coûts excessifs. Un débat public s'impose pour déterminer les services qui devraient être pris en charge par le gouvernement, les services qui devraient être payés par les employeurs et les services qui devraient être payés par les individus eux-mêmes, partiellement ou totalement, directement ou par le biais d'une assurance privée.

- Les Canadiens ont opté pour un régime d'assurance-santé public universel pour des motifs de compassion, d'équité et de justice. Les principes axés sur le patient énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* continuent d'être une expression fondamentale de la société canadienne. En fait, la Loi a maintenant acquis un statut d'icône.

- Le mécanisme qui consiste à avoir un seul responsable de l'application des quatre principes axés sur le patient de la *Loi canadienne sur la santé* paraît valable. Le principe sous-jacent d'administration publique est cependant moins bien compris et mériterait peut-être d'être revu étant donné l'évolution de la prestation des services de santé.

- À trois occasions seulement, le gouvernement fédéral a imposé des sanctions financières et réduit ses transferts à certaines provinces qui pratiquaient la surfacturation ou exigeaient des frais d'utilisation. Cependant, il n'a jamais usé de ses pouvoirs discrétionnaires pour imposer des sanctions en cas de non-observation de la Loi, en dépit de plaintes périodiques concernant la transférabilité, l'intégralité et l'accessibilité.

- Les dépenses privées, déjà importantes, représentent une part croissante (environ 30 %) du total des dépenses de santé au Canada. Le Régime canadien d'assurance-soins médicaux, qui

est uniquement axé sur les coûts hospitaliers et les coûts liés aux honoraires médicaux, a nettement contribué à cette situation.

- Les gouvernements provinciaux consacrent déjà en moyenne plus du tiers de leur budget global aux soins de santé; c'est la raison pour laquelle les provinces ont insisté sur la nécessité de pouvoir compter sur des paiements de transfert fédéraux stables et prévisibles. Les experts reconnaissent cependant que si une aide financière plus stable est indispensable, il faut également tenir compte de la suffisance, de la capacité financière et de la viabilité, qui ont des répercussions pour les deux ordres de gouvernement. De plus, des dépenses publiques plus élevées en soins de santé pourraient signifier moins d'argent à consacrer aux domaines non médicaux qui influent aussi beaucoup sur la santé.

- Les Canadiens demeurent profondément attachés à leur système de soins de santé et veulent que les gouvernements, à tous les niveaux, répondent à leurs préoccupations croissantes au sujet de la viabilité à long terme et de la pérennité du système. Ils veulent en particulier que le gouvernement leur garantisse un accès plus rapide aux soins de santé.

- Le gouvernement fédéral a joué un rôle crucial dans le domaine de la santé et des soins de santé, et il continue à le faire. Il ne s'agit pas de savoir s'il a un rôle à jouer, mais de déterminer de quelle façon ce rôle devrait changer afin de s'adapter à de nouvelles réalités dans ce domaine et de contribuer ainsi à la viabilité à long terme d'un système de haute qualité.

- L'évolution des attentes du public a déjà eu un effet très marqué sur la forme du système public d'assurances médicales. En effet, celui-ci est passé d'un régime d'assurance public contre les coûts médicaux exorbitants à un régime qui subit constamment des pressions pour élargir la gamme des services « gratuits » auxquels s'attend le consommateur. Quiconque veut réformer le système sera donc confronté à une tâche énorme : satisfaire aux attentes croissantes du public.

2.2 Principales constatations et observations de la phase deux

- L'effet de la tension des coûts sur le système est réel et prend des formes multiples. Il est probable que cette tension continuera d'augmenter avec l'avènement de médicaments et de technologies nouveaux et plus coûteux, en particulier pendant les 20 à 30 prochaines années, au cours desquelles le gros de la génération du baby-boom prendra de l'âge. Il est donc important de tenir compte des tensions créées par les coûts lorsqu'on étudiera la manière de soutenir et de renouveler le système de soins de santé du Canada.

- On a estimé que le fardeau économique de la maladie avait atteint 156 milliards de dollars au Canada en 1998 (coûts directs et indirects). Les tendances dans le domaine des maladies et des blessures peuvent donc avoir un effet marqué sur les coûts actuels et futurs des soins de

santé. On a beaucoup insisté sur le fait qu'une augmentation des efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies, particulièrement en ce qui concerne les Canadiens à faible revenu et à faible niveau d'instruction et d'alphabétisation, devrait être un des éléments clés de la politique gouvernementale si l'on veut vraiment améliorer l'état de santé général et contenir les coûts des soins de santé.

- Bien que de nombreux Canadiens jouissent d'une excellente santé, et bien que le Canada se classe nettement au-dessus de la plupart des autres pays pour ce qui est de la majorité des indicateurs de l'état de santé, il reste indiscutablement des progrès à réaliser. Des disparités demeurent sur le plan de la santé en ce qui concerne l'âge, la situation socio-économique, le sexe, la situation géographique, etc. La santé et la situation socio-économique de la population autochtone au Canada sont particulièrement déplorables.

- Pour améliorer la santé des Canadiens, il ne suffit pas de guérir la maladie. Il y a une interaction constante entre de nombreux déterminants complexes de la santé, et pour promouvoir le mieux-être, il faut trouver des moyens de tenir compte de tous ces déterminants. Comme la santé d'une population est déterminée par une multiplicité de facteurs, la collaboration et l'action intersectorielle s'imposent de toute évidence.

- Bien que les femmes assurent plus de 80 % des soins de santé, rémunérés ou non, elles ne constituent qu'une minorité des décideurs en matière de politique et de gestion. Il importe donc, en particulier, d'évaluer les conséquences de la réforme des soins de santé pour les femmes.

- Le système de soins de santé du Canada a déjà bien des difficultés à attirer le personnel dont il a besoin dans bon nombre de disciplines et à en assurer la formation (dans le contexte d'une pénurie mondiale croissante de ressources humaines dans ce secteur). Étant donné que le secteur des soins de santé est relativement exigeant en main-d'œuvre, le problème de ressources humaines est plus critique que n'importe quel autre problème auquel le système est confronté. Par ailleurs, nous éprouvons de réelles difficultés à suivre le rythme d'introduction de médicaments et de technologies nouveaux mais très coûteux auxquels les Canadiens s'attendent légitimement à avoir accès afin de répondre à leurs besoins en matière de santé.

- Le Canada a besoin d'un secteur de la recherche médicale dynamique, intégré et proactif. Pourtant, sur le plan de l'importance du financement public qu'il accorde à la recherche dans ce domaine, il ne soutient pas la comparaison avec ses principaux concurrents. Exprimé en termes de parité des pouvoirs d'achat (PPA) par personne, le rôle du gouvernement central aux États-Unis, au Royaume-Uni, en France et en Australie est beaucoup plus important qu'il ne l'est au Canada.

- Il est généralement reconnu que les progrès rapides réalisés dans le domaine de la génétique et de la génomique vont provoquer une révolution sans précédent de la prestation des soins de santé. Cela montre combien il est indispensable de faire une place à la recherche multidisciplinaire qui permettra d'examiner les coûts sociétaux, les avantages, les préoccupations d'ordre éthique et les répercussions involontaires possibles des progrès de la recherche génétique et génomique.

- Il faut que nous cessions de tenir compte uniquement des dollars et des intrants investis dans les soins de santé et que nous nous efforcions plutôt de relier ces intrants aux résultats dans le domaine de la santé. Il faut que nous commencions à mesurer la qualité et l'efficacité du système de soins de santé en fonction de ses extrants, au lieu de le faire exclusivement en fonction des intrants. Il est indispensable de le faire si nous voulons savoir comment dépenser plus sagement les fonds gouvernementaux à l'avenir.

- L'élaboration d'une infostructure pancanadienne de la santé permettrait de jeter les bases d'un processus de prise de décisions fondé sur l'expérience dans les domaines qui influent sur la prestation des soins de santé et le bien-être de la population. Une infostructure contribuerait également à une meilleure responsabilisation de tous les intervenants dans le système de soins de santé : les gouvernements, les fournisseurs de soins, les patients. À l'heure actuelle, on note d'énormes lacunes dans ce domaine au Canada; il est essentiel d'améliorer et de maintenir notre capacité de gérer l'information sur la santé.

2.3 Principales constatations et observations de la phase trois

- Il est peu probable que les propositions en faveur d'une « approche de choc » à la restructuration du système de soins de santé au Canada fassent l'unanimité. Des changements importants pourraient cependant s'imposer, si l'on veut répondre aux espoirs et aux aspirations des Canadiens.

- Aucun modèle international ne peut être considéré comme un système de référence pour résoudre les difficultés auxquelles le système de soins de santé canadien est confronté. D'ailleurs, les experts ont déclaré au Comité qu'il faudrait faire extrêmement attention aux répercussions au Canada de l'adoption fragmentée de changements apportés dans d'autres pays. Cependant, les systèmes de soins de santé ont des points communs et font face à des problèmes et à des pressions similaires. Le Canada pourrait tirer grand profit de l'expérience acquise ailleurs.

- De nombreux pays qui assument une part similaire des dépenses dans le domaine des soins de santé offrent une couverture qui est beaucoup plus étendue qu'au Canada et qui englobe notamment les médicaments d'ordonnance, les soins à domicile et les soins de longue durée. Ce résultat a, en général, été obtenu avec la participation du secteur privé, soit grâce à une participation aux frais ou au recours à une assurance privée.

- Aucun pays de l'OCDE ne compte exclusivement sur l'assurance privée pour assurer la couverture médicale de ses citoyens. Même aux États-Unis, où le secteur privé est le principal intervenant dans le domaine de l'assurance médicale, le financement public couvre 45 % du total des dépenses de soins de santé. Le fait est que les soins de santé diffèrent des autres biens et services commercialisables.

CHAPITRE TROIS :

RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL : APERÇU

Avant de passer à l'examen des questions et options concernant le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé, il importe de bien comprendre ce qu'est son rôle et tout aussi important de savoir ce qu'il n'est pas. Comme le Comité l'a fait observer dans son premier rapport, bien des mythes se sont créés autour du rôle du gouvernement fédéral. Selon lui, ce dernier joue actuellement cinq rôles distincts dans le domaine de la santé et des soins de santé :

LES CINQ RÔLES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE SANTÉ
FINANCEMENT : *Transfert de fonds pour la prestation de services de santé gérés par d'autres administrations.*
RECHERCHE ET ÉVALUATION : *Financement de la recherche innovatrice dans le domaine de la santé et évaluation des projets pilotes innovateurs.*
INFRASTRUCTURE : *Soutien de l'infrastructure des soins de santé et de l'infostructure de la santé, notamment des ressources humaines.*
SANTÉ DE LA POPULATION : *Protection et promotion de la santé et du mieux-être de la population et prévention des maladies.*
PRESTATION DE SERVICES : *Prestation directe de services de santé à certains segments de la population.*

3.1 Transfert de fonds pour la prestation de services de santé gérés par d'autres administrations : rôle de financement

Le rôle de loin le plus connu du gouvernement fédéral concerne le soutien financier qu'il accorde aux provinces et aux territoires pour les aider à s'acquitter de leurs responsabilités dans le domaine de la prestation des soins de santé. La participation fédérale dans ce domaine est issue de son pouvoir d'application des ressources prévu par la Constitution. C'est ce pouvoir fédéral qui permet le transfert de fonds dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) et de l'application des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé.*

À vrai dire, le gouvernement fédéral ne peut pas établir et maintenir de régime d'assurance-santé national, car il ne lui est pas possible de réglementer la prestation des soins de santé aux particuliers - en vertu de la Constitution canadienne, selon l'interprétation des tribunaux, la prestation et la gestion des soins de santé est un domaine qui relève essentiellement de la compétence provinciale. Le gouvernement fédéral est responsable de la prestation des

services de santé uniquement aux groupes relevant de sa compétence, c'est-à-dire les peuples autochtones, les Forces canadiennes, les anciens combattants et les détenus sous responsabilité fédérale. Il revient aux gouvernements provinciaux et territoriaux de décider de questions importantes comme la façon dont l'ensemble du système sera organisé, la manière dont ils administreront leurs régimes publics d'assurance-santé, le nombre de lits qui seront disponibles et les catégories de fournisseurs de soins de santé qui seront embauchés. Il leur incombe également d'approuver les budgets des hôpitaux et de négocier les échelles de salaires avec les associations médicales.

Bien que le gouvernement fédéral ne soit pas responsable de l'administration, de l'organisation et de la prestation des soins de santé, il exerce une influence considérable sur les politiques de soins de santé provinciales/territoriales en utilisant le levier politique et financier dont il dispose grâce à son pouvoir constitutionnel d'application des ressources. En fait, de nombreux analystes estiment qu'en fixant les exigences relatives à la dispensation de l'aide financière fédérale, la *Loi canadienne sur la santé* et ses prédécesseurs ont aussi largement contribué à déterminer la nature des régimes d'assurance-santé provinciaux dans tout le pays.

Les questions que soulève le rôle de financement du gouvernement fédéral concernent le niveau des transferts fédéraux au titre des soins de santé, les mécanismes qui servent à effectuer ces transferts et les sources des recettes nécessaires pour les effectuer. D'autres questions connexes viennent se greffer à celles que nous venons d'énoncer, notamment les conditions éventuelles que le gouvernement fédéral devrait imposer aux provinces en échange de ses contributions à la prestation des soins.

Il convient de noter que, contrairement à une opinion fort répandue, la *Loi canadienne sur la santé* ne couvre pas tous les services de santé. Elle ne s'applique qu'aux services fournis par les deux systèmes de prestation de soins – les hôpitaux et les médecins – à l'exclusion d'un certain nombre d'autres systèmes. En particulier, elle ne couvre pas la pharmacothérapie en dehors des hôpitaux et des soins à domicile, qui ont pris une importance considérable depuis le début du régime d'assurance-santé. Bien que les provinces et les territoires aient multiplié les services fournis en vertu de leurs propres régimes de soins de santé, ils ne l'ont pas fait de manière uniforme. La prise en charge des services qui ne sont pas inclus en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* varie donc considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre.

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* mentionne les soins de longue durée et les soins en maison de repos dans la définition de « services complémentaires de santé », les cinq principes de la Loi ne s'appliquent pas à ces soins. Or cela a contribué au manque d'uniformité de l'accès à ces services dans l'ensemble du pays.

Cette situation a inspiré une importante observation du Comité dans son rapport de la première phase : la notion de « nécessité médicale » définie dans la *Loi canadienne sur la santé* ne correspond plus à la réalité caractérisée par la diversité des services de prestation de soins de santé aux Canadiens.

3.2 Financement de la recherche innovatrice dans le domaine de la santé et évaluation des projets pilotes : rôle de recherche et d'évaluation

Le second rôle du gouvernement fédéral comporte deux volets. Il comporte le financement de tous les secteurs de la recherche médicale (recherche biomédicale fondamentale, recherche clinique, recherche sur les services de santé, recherche sur la santé de la population) ainsi que le financement des projets pilotes conçus pour tester et évaluer de nouveaux modèles de prestation de soins dans ce domaine et des méthodes visant à améliorer le système de soins de santé du Canada.

Le gouvernement fédéral aide à financer la recherche dans le domaine de la santé depuis plus de 40 ans. En fait, jusqu'en 1994, il était la principale source de financement de cette recherche au Canada. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont les principaux organismes de financement fédéral de la recherche dans ce domaine.

De temps à autre, le gouvernement fédéral s'acquitte également de son rôle dans le domaine de la recherche en apportant un soutien financier aux initiatives ou aux projets pilotes conçus pour encourager l'innovation dans la prestation des soins de santé. La contribution de 800 millions de dollars que le gouvernement fédéral a accepté d'accorder à la réforme des soins primaires, dans le cadre de l'accord fédéral-provincial de septembre 2000, en est un exemple. Citons aussi les subventions octroyées en vertu du Fonds pour l'adaptation des services de santé (1997-2001), qui soutient les projets pilotes entrepris de concert par les gouvernements provinciaux et territoriaux dans le domaine de l'assurance-médicaments, des soins à domicile, des soins primaires et de la prestation de services intégrés, ainsi que le Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (2000-2002), qui appuie les projets provinciaux et territoriaux faisant appel aux nouvelles technologies de l'information dans le domaine des soins de santé.

3.3 Soutien de l'infrastructure des soins de santé et de l'infostructure de la santé : rôle de soutien de l'infrastructure

Le gouvernement fédéral a un troisième rôle : ses contributions à l'infrastructure des soins de santé. Cela l'amène à financer des améliorations à l'ensemble du système de soins de santé, à ne pas confondre avec l'aide aux médecins et aux hôpitaux dont les services visent les patients individuels.

Un exemple précoce mais important de ce rôle est celui du Programme de subventions à la construction d'hôpitaux de 1948. Dans le cadre de ce programme, le gouvernement fédéral assumait la totalité du coût de construction des hôpitaux dans toutes les provinces et les territoires. C'est ainsi que de 1948 à 1960, le nombre de lits au Canada a augmenté à un rythme double de celui de la croissance démographique.

Un autre exemple important de l'aide fédérale à l'infrastructure des soins de santé nous est donné par son appui financier aux systèmes d'information sanitaires conçus pour permettre aux fournisseurs de soins de santé de prendre des décisions plus éclairées (grâce, par exemple, à l'élaboration de systèmes d'enregistrement électronique des patients). L'appui aux provinces grâce à une aide financière axée sur des objectifs précis tels que l'acquisition de technologies des soins de santé prévue par le projet de loi C-45 (octobre 2000), est un autre exemple de l'aide fédérale à l'infrastructure des soins de santé.

Si le gouvernement fédéral décidait d'élaborer (ou d'aider à élaborer, en collaboration avec les provinces) des structures et des processus destinés à accroître la responsabilisation au sein du système de soins de santé, cela ferait aussi partie de son rôle de soutien de l'infrastructure des soins de santé. De même, la publication d'un rapport annuel par le gouvernement fédéral sur la santé des Canadiens ainsi que sur la qualité et l'efficience du système de prestation de soins de santé, agrémenté de recommandations pour l'améliorer, constituerait une contribution fédérale à une meilleure responsabilisation du système.

3.4 Protection et promotion de la santé et du mieux-être de la population et prévention des maladies : rôle relatif à la santé de la population

Le gouvernement fédéral joue un quatrième rôle qui englobe la protection de la santé, la promotion de la santé et du mieux-être et la prévention des maladies. La protection de la santé comprend des activités telles que la législation relative aux aliments, l'approbation des médicaments et des appareils et accessoires, la protection de l'environnement, la réglementation de la biotechnologie, la surveillance épidémiologique. La promotion de la santé et du mieux-être et la prévention des maladies contraste avec le premier rôle fédéral, qui est axé sur le traitement des maladies. Il consiste à encourager les Canadiens à adopter des habitudes de vie saines et tient compte de l'effet des déterminants plus généraux de la santé sur la santé de la population.

Les meilleurs exemples du rôle fédéral dans le domaine de la promotion et de la prévention sont les campagnes destinées à réduire la consommation de tabac, le *Guide alimentaire canadien*, qui encourage à une meilleure alimentation, les campagnes destinées à informer les jeunes du danger des maladies transmises sexuellement, l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, stratégie multiniveau et pluriannuelle de prévention des maladies cardiovasculaires, et la « Vie active », programme visant à encourager les Canadiens à mener une vie plus active et moins sédentaire.

Le rôle fédéral lié à la promotion de la santé et du mieux-être comporte aussi l'examen des déterminants plus généraux de la santé qui débordent en grande partie le cadre de la prestation des soins de santé et qui font appel à ce qu'on désigne souvent sous le nom de « stratégies d'amélioration de la santé de la population ». Ces stratégies se fondent sur le principe qu'il est possible d'améliorer l'état de santé en investissant dans divers domaines – dont l'environnement, la politique économique, le soutien du revenu, l'éducation, l'alphabétisation – dans lesquels le gouvernement fédéral joue un rôle.

Il est indispensable de parvenir à de nombreux compromis extrêmement importants entre le rôle de promotion de la santé de la population et le rôle d'aide financière. Par exemple, certaines études montrent que les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies peuvent présenter d'importants avantages à long terme, notamment en réduisant les coûts du système de soins de santé et en améliorant la qualité de vie des Canadiens. Les experts font donc valoir que l'on pourrait obtenir un meilleur rendement de l'argent investi dans les soins de santé en promouvant des habitudes plus saines dans la vie quotidienne qu'en consacrant les mêmes sommes au traitement des maladies.

De la même manière, il apparaît que l'investissement dans des stratégies d'amélioration de la santé de la population, telles que le développement du jeune enfant, l'amélioration des conditions de logement et le renforcement des capacités d'alphabétisation, peuvent être plus bénéfiques à long terme pour l'état de santé général que si l'on consacrait plus d'argent à la prestation des soins de santé. Pourtant, pour toutes sortes de raisons, le public exerce de fortes pressions sur le gouvernement fédéral pour que celui-ci se consacre essentiellement à son premier rôle, ce qui fait qu'il néglige souvent son rôle au titre de l'amélioration de la santé de la population.

3.5 Prestation directe de services de santé à certains segments de la population : rôle de prestation de services

Le cinquième rôle du gouvernement fédéral consiste à assurer la prestation directe de divers services de santé à certains groupes de population. Le gouvernement fédéral est responsable de la prestation des soins, y compris les soins primaires, aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites, ainsi que de certains services à la GRC, au Service correctionnel, aux Forces armées et aux anciens combattants. En fait, le gouvernement fédéral fournit des services de santé à plus de Canadiens (trois quarts de million environ) que ne le font plusieurs provinces prises ensemble. Dans la suite de ce rapport, le Comité soulève certaines questions au sujet de la prestation des soins de santé aux Canadiens autochtones et propose des politiques pour régler ces questions.

À partir du chapitre 7 du présent rapport, nous présentons une série de questions de politique générale et d'options destinées à les régler. Chaque question découle d'un ou de plusieurs des rôles fédéraux décrits ci-dessus. Pour commencer cependant, nous allons examiner ce que devraient être les objectifs des politiques générales pour chacun des cinq rôles fédéraux.

CHAPITRE QUATRE :

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL : OBJECTIFS ET CONTRAINTES

Il est important de parvenir à une vision cohérente du rôle fédéral dans la promotion de la santé et du mieux-être des Canadiens et dans le financement du système des soins de santé. Il est indispensable que le gouvernement fédéral continue de participer au renouvellement de la politique générale dans ce secteur. Dans son troisième rapport, le Comité conclut qu'il est très peu probable qu'une « approche de choc » au renouvellement des soins de santé donnerait de bons résultats au Canada. Quelle que soit la vision que le gouvernement fédéral a de son rôle dans ce domaine, celle-ci doit donc comporter une série de politiques et de programmes qui pourraient être progressivement mis en œuvre en collaboration avec les provinces, les territoires et tous les intervenants.

Les grands objectifs qui se rattachent au rôle fédéral dans le domaine de la promotion de la santé et du mieux-être forment la toile de fond nécessaire au choix de l'option convenant le mieux à chacune des questions de politique présentées dans la suite de ce rapport. Le choix d'une option de préférence à une autre implique nécessairement qu'une est « meilleure » que l'autre. Dans ce contexte, la « meilleure » option ne peut être évaluée qu'en termes de résultats par rapport à un objectif de politique publique donné.

Le Comité croit donc qu'il serait utile de définir l'ensemble d'objectifs proposés pour chacun des rôles du gouvernement fédéral décrits dans la section précédente. Il reconnaît que certains pourraient préférer des objectifs différents, ce qui est tout à fait normal. Il existe des opinions très diverses de ce que devraient être les objectifs fédéraux, et donc, la politique fédérale.

Le Comité est ouvert aux opinions qui pourraient être exprimées sur son ensemble d'objectifs, de questions et d'options de politique générale et il souhaite voir présenter d'autres options possibles et leurs objectifs connexes. Néanmoins, en proposant sa propre série d'objectifs, le Comité espère encourager tous ceux qui veulent défendre des options particulières à déclarer aussi clairement que possible ce que les objectifs de la politique fédérale en matière de santé devraient être à leur avis. Cela permettra au comité de mieux comprendre les liens entre les diverses options et série d'objectifs proposés lorsqu'il formulera ses recommandations finales.

4.1 Objectifs liés au rôle de financement du gouvernement fédéral

La participation du gouvernement au financement des soins de santé ne date pas d'hier. Il est clair que sans son aide, le système de soins de santé du Canada ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui. Les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires ont été indispensables à l'élaboration d'un système de régimes d'assurance-santé publics qui offrent des avantages comparables dans tout le pays, et de nombreux Canadiens considèrent que l'aide financière

fédérale est une condition essentielle au maintien et au renouvellement de notre système de soins de santé. Le Comité propose donc que le premier objectif lié au rôle fédéral de financement soit d'assurer un niveau d'aide suffisant pour garantir la viabilité du système de soins de santé du Canada et pour en favoriser la réforme et le renouvellement.

Au cours de la phase initiale de son étude, Tom Kent a fait observer au Comité que les objectifs originaux de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957 et la *Loi sur les soins médicaux de 1966* étaient les suivants :

[TRADUCTION]

> « Assurer à tous les Canadiens l'accès à tous les services médicalement nécessaires sans égard à leur capacité de payer ces services. »
> et
> « Assurer qu'aucun Canadien ne subisse de tort financier excessif pour avoir été obligé de payer des factures de soins médicaux. »

Ces objectifs de politique générale ont été réaffirmés dans la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 qui établissait quatre principes axés sur les patients : l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité et la transférabilité, dans lesquels :

1. Universalité signifie tous les Canadiens;
2. Intégralité signifie tous les services médicalement nécessaires;
3. Accessibilité signifie sans égard à la capacité de payer du malade;
4. Transférabilité signifie que les malades peuvent passer d'une province à l'autre sans interruption de la protection.

Le Comité propose que les deux énoncés ci-dessus continuent à être les principaux objectifs en ce qui concerne le rôle de financement du gouvernement fédéral, et que les quatre principes axés sur les patients demeurent le fondement de la participation du gouvernement fédéral en ce qui concerne son premier rôle. Cela ne signifie pas nécessairement que les principes ne peuvent être modifiés en rien; certains auront peut-être besoin d'être raffinés grâce à une définition plus précise et à un énoncé plus clair de leur portée et de leurs limites.

Le dernier principe de la *Loi canadienne sur la santé* – le principe d'administration publique – a un caractère totalement différent. Il ne met pas l'accent sur le patient mais bien plutôt sur les moyens d'atteindre les objectifs visés par les quatre autres principes. Le Comité estime que cette distinction entre la fin et les moyens explique en grande partie le débat actuel sur la *Loi canadienne sur la santé* et sur le système de soins de santé du Canada. Les personnes qui sont totalement d'accord avec les fins visées par une politique gouvernementale peuvent être vivement opposées aux moyens à mettre en oeuvre pour les atteindre. Le principe d'administration publique est mal compris et, à notre avis, il mériterait d'être réexaminé.

Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi canadienne sur la santé*, il est arrivé à plusieurs reprises que le gouvernement fédéral impose des sanctions pécuniaires afin de dissuader les provinces d'autoriser la surfacturation et l'application de frais modérateurs, mais il n'a jamais pénalisé les provinces pour non-observation des cinq principes. Selon le rapport du vérificateur général de novembre 1999, un certain nombre d'affaires de non-observation demeurent en suspens; elles mettent en cause les principes de transférabilité, d'intégralité et d'accessibilité axés sur le patient[2]. Il est donc clair que l'interprétation et l'application de ces principes posent des problèmes. Il faut que ces questions soient réglées si nous voulons avoir un système axé sur le patient, qui soit uniforme dans l'ensemble du pays.

Lorsque l'on considère les questions soulevées par la politique de soins de santé, il est important de garder présent à l'esprit le fait que la loi fédérale limite l'universalité de la protection aux services de santé fournis dans les hôpitaux et par les médecins. C'était une façon logique de répondre aux besoins des malades à la fin des années 50 et 60, puisque près de 70 % du coût de l'ensemble du système de soins de santé était à l'époque attribuable aux hôpitaux et aux médecins. Aujourd'hui, cependant, moins de 45 % des dépenses totales dans ce domaine se rattachent aux soins hospitaliers et aux services fournis par les médecins.

À la fin des années 50 et 60, les maisons de soins infirmiers offraient la seule possibilité de soins de santé en dehors des médecins et des hôpitaux. Comme le gouvernement fédéral contribuait déjà au revenu des personnes âgées par le biais du Régime de pensions du Canada (RPC), du Programme de la sécurité de la vieillesse (PSV), et du Supplément de revenu garanti (SRG), on estimait que ces programmes assuraient un accès adéquat à ce genre de services.

Aujourd'hui, les soins à domicile, la pharmacothérapie et les traitements par d'autres professionnels de la santé (p. ex., physiothérapeutes, techniciens de diagnostic, sage-femmes, infirmières-praticiennes, ergothérapeutes, etc.) sont devenus monnaie courante; pourtant, lorsque ces services sont fournis en dehors d'un hôpital, ils ne sont pas couverts par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. À cause de cela, l'accès subventionné par l'État à ces services, dont beaucoup sont fréquemment nécessaires sur le plan médical, n'est pas uniforme dans tout le pays; il ne l'est parfois même pas du tout.

En résumé, la conception de départ du système a été brouillée par un certain nombre de tendances ainsi que par les attentes du public. Il est absolument indispensable pour l'élaboration de la future politique gouvernementale de faire la distinction entre ce qui est officiellement couvert en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* et la gamme effective de services requis pour répondre à tous les besoins des Canadiens en matière de soins de santé. Cependant, cette distinction n'est pas faite dans la très grande majorité des commentaires publics sur le système actuel. La plupart des commentateurs continuent à parler comme s'il était garanti aux patients qu'ils ont un accès subventionné par l'État à *tous* les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé*.

---

[2] Vérificateur général du Canada, *L'appui fédéral à la prestation des soins de santé*, chapitre 29, novembre 1999.

En outre, on croit à tort que la *Loi canadienne sur la santé* signifie que le secteur privé ne devrait avoir aucun rôle à jouer dans la prestation des soins. En effet, la Loi ne le lui interdit manifestement pas, et cela n'a d'ailleurs jamais été son objet. La preuve la plus claire est que plus de 95 % des hôpitaux canadiens fonctionnent comme des entités privées sans but lucratif et que les cabinets de médecins sont, en fait, des entreprises privées.

Lorsque les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-médicale ont été mis en place, deux décisions importantes ont été prises au sujet de la méthode de financement et de prestation de ces programmes :

1. Aucun examen des ressources des malades ne serait exigé *avant* que ceux-ci ne bénéficient des services médicaux. Cette décision a été prise parce qu'on estimait qu'un tel examen dissuaderait les malades à faible revenu de demander une aide médicale; ceux-ci auraient en effet le sentiment qu'il serait humiliant de devoir déclarer qu'ils étaient « pauvres » pour avoir accès à toute la gamme des soins médicaux.

2. Dans chaque province, le programme serait administré par un ministère ou un organisme provincial central. Cette décision avait été prise pour que les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-médicale puissent réaliser les économies que permettent un modèle de « responsable unique ». (C'est ce que reflète le principe d'administration publique codifié dans la *Loi canadienne sur la santé).* Ce principe est souvent mal interprété par ceux qui croient que dans le système actuel, il est interdit au secteur privé de participer à la prestation des soins de santé. Ce n'est pas du tout le cas.

Une dernière observation s'impose. Le financement public des services hospitaliers et des services fournis par les médecins était fondé au départ sur les principes selon lesquels il y aurait des régimes d'assurance dans lesquels les particuliers pourraient être tenus de payer une partie du coût des services dont ils bénéficiaient. Cependant, comme nous l'avons expliqué au point 1 ci-dessus, aucun paiement initial ne serait exigé aux points de service puisque cela risquerait de dissuader les Canadiens à faible revenu de demander des soins médicaux.

C'est la raison pour laquelle la loi de 1957 a été appelée *Loi sur l'assurance-hospitalière et les services de diagnostic* et que certaines provinces (l'Alberta et la Colombie-Britannique, par exemple) font payer à leurs résidents des cotisations annuelles de soins de santé depuis de nombreuses années. Toujours pour la même raison, selon la résolution originale du Parti libéral à son congrès de 1961, le coût imposé par un individu au système de soins de santé du fait des traitements reçus par lui serait ajouté au revenu imposable de tous les Canadiens à la fin de chaque année et l'impôt sur le revenu serait perçu sur une partie de ce montant (sous réserve d'un maximum, afin d'éviter à la personne un fardeau financier excessif).

Le Comité présente ces observations afin d'encourager les Canadiens à se livrer à un effort de réflexion. Par exemple, si l'on conclut que des fonds additionnels sont nécessaires pour fournir des soins de santé, particulièrement aux personnes qui, autrement, ne

bénéficieraient pas de services tels que la pharmacothérapie et les soins à domicile, il serait peut-être important d'envisager des options telles que le paiement d'une cotisation de soins de santé, ou d'une forme quelconque de paiement proportionnel au revenu après la prestation de services.

TRANSFERT DE FONDS POUR LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ GÉRÉS PAR D'AUTRES ADMINISTRATIONS

Le Comité propose que les objectifs du gouvernement fédéral liés à son rôle de financement dans le domaine de la santé et des soins de santé soient les suivants :

- *Fournir un niveau stable de financement pour assurer la viabilité du système de soins de santé du Canada et promouvoir la réforme et le renouvellement;*
- *S'assurer que chaque Canadien a accès en temps utile à tous les services médicaux dont il a besoin, sans égard à sa capacité de payer ces services;*
- *S'assurer qu'aucun Canadien n'est exposé à un préjudice financier excessif parce qu'il est obligé d'acquitter ses factures de soins de santé;*
- *S'assurer que les quatre principes qui sous-tendent la* Loi canadienne sur la santé *(universalité, intégralité, accessibilité et transférabilité) sont appliqués.*

4.2 Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la recherche et de l'évaluation

Le Comité estime que le rôle du gouvernement dans le domaine de la recherche et de l'évaluation devrait comprendre les trois objectifs suivants :

- promouvoir, dans le domaine de la santé au Canada, le développement d'une base solide de recherches innovatrices soutenant aisément la comparaison avec celles des autres pays, pour ce qui est à la fois des niveaux de financement et des résultats des recherches;
- encourager la création d'un secteur des soins de santé axé sur le savoir en facilitant le transfert des connaissances des milieux de la recherche aux décideurs politiques, aux fournisseurs de soins de santé et au grand public;
- fournir un soutien financier approprié aux initiatives conjointes fédérales/provinciales/territoriales qui encourageront et faciliteront l'innovation et les progrès dans le domaine de la prestation des soins de santé grâce à des projets pilotes et à des projets d'évaluation.

Le Comité reconnaît que les objectifs qu'il propose suscitent relativement peu de controverse. En effet, il y a 40 ans que le gouvernement fédéral joue un rôle dans la recherche dans le domaine de la santé. La principale préoccupation exprimée à cet égard au cours des audiences du Comité avait trait à la faiblesse des dépenses consacrées à la recherche au Canada étaient faibles, en comparaison de celles des autres pays industrialisés. On a recommandé que la part fédérale du total des dépenses de recherche dans le domaine de la santé soit portée à 1 % du total des dépenses de soins de santé qui n'atteignent actuellement que 0,5 %. De l'avis de plusieurs témoins qui ont comparu devant le Comité, cela contribuerait à un meilleur alignement

entre le niveau de la contribution fédérale à cette recherche et celle des gouvernements centraux d'autres pays.

De même, le soutien fédéral à la réforme des soins primaires annoncé dans le cadre de l'accord fédéral-provincial de septembre 2000 est un excellent exemple des mesures que l'on prend actuellement dans le cadre du second objectif énoncé plus haut. Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (1997-2001), initiative fédérale en faveur des projets pilotes provinciaux et territoriaux dans des domaines tels que l'intégration de la prestation de services, est un autre bon exemple de l'intervention du gouvernement fédéral dans le cadre de son rôle dans le domaine de la recherche et de l'évaluation. Ces programmes sont bien accueillis par les gouvernements provinciaux et nous aident à mieux comprendre l'effet de la réforme des soins de santé.

FINANCEMENT DE LA RECHERCHE INNOVATRICE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET ÉVALUATION DES PROJETS PILOTES

Le Comité propose que les objectifs suivants fassent partie du second rôle du gouvernement fédéral :

- *Promouvoir, dans le domaine de la santé au Canada, le développement d'une base solide de recherches innovatrices soutenant aisément la comparaison avec celles des autres pays;*
- *Encourager la création d'un secteur des soins de santé axé sur le savoir en facilitant le transfert des connaissances des milieux de la recherche aux décideurs politiques, aux fournisseurs de soins de santé et au grand public;*
- *Fournir un soutien financier approprié aux initiatives conjointes fédérales/provinciales/territoriales qui encouragent et facilitent l'innovation et les progrès dans le domaine de la prestation de soins de santé, grâce à l'évaluation de projets pilotes.*

4.3 Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de l'infrastructure

Le Comité propose les objectifs suivants pour le troisième rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé :

- jeter les bases d'un système de prise de décisions fondé sur l'expérience dans les domaines qui influent sur le bien-être et la prestation des soins de santé, tout en assurant le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels en matière de santé;
- surveiller la santé de la population et l'état du système de soins de santé et rendre compte des constatations aux Canadiens;
- élaborer, en collaboration avec les provinces et les territoires, une structure et un processus appropriés destinés à assurer une plus grande responsabilisation au sein du système;

- aider les provinces et les territoires à financer l'infrastructure nécessaire aux soins de santé, notamment les nouvelles technologies médicales et les coûts liés à leur fonctionnement permanent;
- coordonner, en collaboration avec les provinces et les territoires, la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé.

Dans ce rôle, le premier objectif est lié à l'élaboration d'une infostructure de la santé. L'infostructure déjà envisagée par le gouvernement fédéral améliorera la prestation des soins de santé et assurera la mise en commun des informations liées à la santé en établissant des liens entre les fournisseurs de soins, les installations, les collectivités et les patients d'un bout à l'autre du pays. La télémédecine, l'informatisation des dossiers de santé et l'information sur la santé dans l'Internet seront les principaux éléments constitutifs de l'infostructure santé pancanadienne. Il s'agit certainement là d'une entreprise aussi coûteuse qu'ambitieuse, qui demandera des années avant de voir le jour. La plupart des experts croient cependant qu'il est indispensable de le faire si nous voulons acquérir des informations valables sur la santé des Canadiens, sur l'état de notre système de soins de santé, et sur l'efficience et l'efficacité de la prestation et de la distribution de ces services. Les questions de protection de la vie privée, de confidentialité et de sécurité revêtent une importance considérable dans l'élaboration de l'infostructure santé canadienne.

Il se peut fort bien que les second et troisième objectifs présentés ci-dessus paraissent plus contestables aux personnes qui estiment qu'il n'appartient pas au gouvernement fédéral d'imposer l'obligation de rendre compte en ce qui concerne les programmes exécutés par les provinces. Le Comité rejette un tel point de vue. Il estime en effet que compte tenu des sommes considérables d'argent que le gouvernement fédéral verse aux provinces au titre de la prestation des soins de santé, l'obligation de rendre compte aux contribuables fédéraux veut que le gouvernement sache dans quelle mesure leurs contributions sont bien ou mal utilisées.

En outre, le Comité estime que la communication aux Canadiens des informations nécessaires pour leur permettre de comparer les résultats des divers systèmes de prestation de soins de santé dans tout le pays ne peut que contribuer à améliorer la qualité d'ensemble du système canadien. Insister pour que le gouvernement fédéral joue un rôle dans ce domaine ne signifie pas que l'on veut empiéter sur les prérogatives provinciales, mais bien plutôt que l'on veut que tous les Canadiens puissent juger de la manière dont leurs impôts sont utilisés, y compris par le gouvernement fédéral dans son rôle de fournisseur de services à certains groupes de population.

Le dernier objectif que le Comité veut proposer pour le rôle fédéral dans le domaine de l'infrastructure serait d'aider les Canadiens à avoir accès en temps opportun à l'équipement médical nécessaire et à la mise en place de ressources suffisantes pour couvrir les coûts de fonctionnement et d'entretien.

SOUTIEN DE L'INFRASTRUCTURE DES SOINS DE SANTÉ ET DE L'INFOSTRUCTURE

Le Comité propose que les cinq objectifs suivants fassent partie du troisième rôle du gouvernement fédéral :

- *Jeter les bases d'un système de prise de décisions fondé sur l'expérience dans les domaines qui influent sur le bien-être et la prestation des soins de santé, tout en assurant le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels en matière de santé;*
- *Surveiller la santé de la population et l'état du système de soins de santé et rendre compte des constatations aux intervenants canadiens;*
- *Élaborer, en collaboration, avec les provinces et les territoires, une structure et un processus appropriés destinés à assurer une plus grande responsabilisation au sein du système;*
- *Aider les provinces et les territoires à financer l'infrastructure nécessaire aux soins de santé, notamment les nouvelles technologies médicales et les coûts liés à leur fonctionnement permanent;*
- *Coordonner, en collaboration avec les provinces et les territoires, la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé.*

4.4 Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la protection de la santé de la population

Au cours de la deuxième phase de son étude, le Comité a tenu des audiences qui ont porté sur les tendances des maladies. On nous a dit que ces tendances avaient considérablement évolué au cours du XX^{e} siècle et que les maladies infectieuses avaient été progressivement supplantées par les maladies non transmissibles. Aujourd'hui, les maladies chroniques telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires sont les principales causes de décès et d'invalidité au Canada, alors que les blessures involontaires se classent au troisième rang. Le fardeau économique global de la maladie est considérable au Canada; on a estimé qu'il avait atteint 156 milliards de dollars en 1998.

On a déclaré au Comité qu'un grand nombre des causes de maladie, d'invalidité et de mort précoce sont évitables ou, à tout le moins, qu'elles peuvent être retardées et que les gens devraient pouvoir non seulement vivre plus longtemps, mais aussi vivre plus longtemps sans invalidité. On a également dit au Comité que l'augmentation des efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies, en particulier en faveur des Canadiens à faible revenu et à faible niveau d'instruction et d'alphabétisation, devrait devenir un élément essentiel de la politique gouvernementale si l'on veut pouvoir améliorer l'état général de santé de la population et contrôler les coûts des soins.

Le Comité est convaincu que le gouvernement fédéral a un rôle certain à jouer dans la protection de la santé, la promotion de la santé et du mieux-être et la prévention des maladies. Nous estimons donc que la poursuite des objectifs suivants devrait faire partie du rôle du gouvernement dans le domaine de la santé de la population :

- Protection de la santé : renforcer notre capacité nationale d'identifier et de réduire les facteurs de risque susceptibles d'entraîner des blessures et des maladies, et réduire le fardeau économique de la maladie au Canada;
- Promotion de la santé et prévention des maladies : élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes et des politiques ayant pour objectif spécifique d'encourager les Canadiens à adopter des habitudes de vie saines;
- Mieux-être : encourager les stratégies visant à améliorer la santé de la population en étudiant les effets sur la santé de toute la gamme des déterminants de la santé et en en discutant, notamment les facteurs sociaux, environnementaux, culturels et économiques.

Le Comité reconnaît que l'évaluation des effets sur la santé présente de grosses difficultés car de nombreux facteurs, et pas seulement la qualité des services de santé disponibles, ont une influence sur l'état de santé de l'individu. Ces facteurs ne se manifestent souvent qu'au bout de nombreuses années, et il est bien connu que le monde politique est bien plus disposé à réagir aux pressions à court terme qu'aux problèmes à long terme. Par ailleurs, il est extrêmement difficile de déceler les facteurs précis qui ont des effets spécifiques sur le plan de la santé, étant donné qu'ils sont souvent le résultat de l'interaction de causes multiples.

Il est aussi abondamment prouvé que la promotion de la santé, la prévention des maladies et les politiques visant le bien-être général de la population améliorent les résultats dans le domaine de la santé, et peuvent aussi contribuer à un déploiement plus efficace des ressources en matière de santé et de soins de santé. Bien que les contraintes financières (voir ci-dessous) auxquelles le système de soins de santé doit faire face rendent indispensable le choix des programmes les plus rentables financièrement, le Comité estime qu'il est absolument essentiel que le gouvernement du Canada investisse massivement dans ce domaine.

PROTECTION DE LA SANTÉ, PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE ET PRÉVENTION DES MALADIES

Le Comité propose que les objectifs suivants fassent partie du rôle du gouvernement fédéral au chapitre de la santé de la population :

- *Protection de la santé de la population : Renforcer notre capacité nationale d'identifier et de réduire les facteurs de risque susceptibles d'entrainer des blessures et des maladies, et réduire le fardeau économique de la maladie au Canada;*
- *Promotion de la santé et prévention des maladies : Élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes et des politiques ayant pour objectif spécifique d'encourager les Canadiens à adopter des habitudes de vie saines;*
- *Mieux-être : Encourager les stratégies visant à améliorer la santé de la population en étudiant les effets sur la santé de toute la gamme des déterminants de la santé et en en discutant, notamment les facteurs sociaux, environnementaux, culturels et économiques.*

4.5 Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la prestation de services

La *Loi constitutionnelle de 1982* reconnaît trois groupes de peuples autochtones – les Indiens, les Inuits et les Métis. La population indienne comprend les Indiens inscrits et les Indiens non inscrits. La *Loi sur les Indiens* énonce les définitions juridiques applicables aux Indiens inscrits au Canada. Les Indiens inscrits sont les Indiens de plein droit en vertu de la Loi, alors que les Indiens non inscrits ne sont pas des Indiens de plein droit en vertu de la Loi. Les Métis sont d'origine indienne et européenne mixte; les Inuits vivent surtout au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et dans le nord du Labrador et du Québec. La *Loi sur les Indiens* ne s'applique pas aux Inuits mais, à la suite d'une décision prise par la Cour suprême en 1939, ces derniers bénéficient de certains avantages accordés par le gouvernement fédéral.

Les responsabilités du gouvernement fédéral à l'égard des peuples autochtones se limitent aux Indiens inscrits vivant dans les réserves et aux Inuits. Le gouvernement fédéral leur fournit des services de santé, tandis que les besoins des autres peuples autochtones en matière de soins de santé sont la responsabilité de la province ou du territoire où ils résident. Les autres services et programmes fournis par le gouvernement fédéral aux Indiens inscrits vivant dans les réserves et aux Inuits sont les suivants : aide sociale, écoles, infrastructure (p. ex., alimentation en eau et services d'égout), logement, services de santé publique, etc.

On a estimé que la population autochtone au Canada atteignait 1 399 500 personnes au total en l'an 2000. Actuellement, 12 ministères fédéraux offrent des programmes aux peuples autochtones. Le total des dépenses engagées au titre de ces programmes sont estimées à 7,3 milliards de dollars pour 2001-2002. En dépit d'un investissement fédéral considérable visant à améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones, de fortes disparités sur le plan de la santé et sur le plan socio-économique persistent entre la population autochtone et le reste de la population canadienne. En outre, lors des audiences du Comité, des Indiens inscrits hors-réserve, des Indiens non inscrits et les Métis ont insisté sur le fait que la politique gouvernementale les oublie souvent lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins qui leur sont propres en matière de soins de santé.

L'état de santé des Canadiens autochtones est une honte nationale. Selon le Comité, les responsabilités constitutionnelles du gouvernement fédéral dictent à ce dernier de prendre les devants et d'agir immédiatement pour améliorer l'état de santé et les conditions socio-économiques lamentables qui caractérisent de nombreuses collectivités autochtones. Nous proposons donc les objectifs suivants en ce qui concerne la prestation directe de services de santé aux Autochtones :

PRESTATION DIRECTE DE SERVICES DE SANTÉ AUX AUTOCHTONES DU CANADA

Le Comité propose que les objectifs suivants fassent partie du rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la prestation de services :

- *Agir comme chef de file pour ce qui est de la coordination des soins de santé fournis à tous les peuples autochtones par les diverses instances gouvernementales;*
- *Assurer l'accès à des services de santé adaptés aux réalités culturelles et s'assurer de la participation de la population autochtone dans le développement et la mise en œuvre de ces services;*
- *Mettre en œuvre et maintenir des stratégies visant spécifiquement la santé des populations autochtones.*

4.6 Contraintes touchant le rôle du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral est soumis à deux contraintes importantes dans la poursuite des objectifs décrits ci-dessus – la première est de nature constitutionnelle, l'autre d'ordre financier.

En ce qui concerne la contrainte imposée par la Constitution, on convient en général que la prestation des soins de santé à l'ensemble des Canadiens relèvent de la compétence des provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral n'est pas responsable de l'administration et de la prestation des soins de santé, sauf dans le cas de certains groupes tels que les Premières nations et les Inuits. Cette restriction a manifestement un effet sur la portée des interventions fédérales futures et signifie que la prise de nouvelles initiatives exigera de longues négociations entre les autorités fédérales, provinciales et territoriales.

Au sujet de la contrainte d'ordre financier, quelques brefs commentaires s'imposent. Premièrement, le choix d'une stratégie fédérale unique en matière de santé reposera en partie sur la capacité et la volonté politique des gouvernements, à tous les niveaux, d'accroître les recettes ainsi que sur le bon vouloir des contribuables, qui devront payer pour produire ces recettes supplémentaires. La capacité financière des gouvernements, combinée à la collaboration des contribuables, déterminera quels types de programmes peuvent être instaurés et si ces programmes seront universels ou plus strictement ciblés. D'après les sondages d'opinion, les Canadiens réagissent de diverses façons à la perspective d'une hausse d'impôt visant à améliorer le système de soins de santé. Si des réductions de l'impôt sur le revenu des particuliers leur paraissent importantes, le réinvestissement au titre de la santé est également considéré comme une grande priorité.

Par ailleurs, si les recettes supplémentaires ne proviennent pas de l'assiette fiscale régulière, il faudra définir de quelle façon il convient de produire ces recettes : faut-il exiger des cotisations au régime de soins de santé, imposer des frais aux utilisateurs, percevoir une surtaxe sur le revenu? Est-ce que le coût des soins dispensés à une personne devrait être ajouté à son revenu imposable? Ces options sont examinées plus en détail au chapitre 8.

Il est également important de reconnaître qu'un investissement supplémentaire dans le domaine de la santé et des soins de santé nécessitera des compromis considérables entre des objectifs concurrents. Dans quelle mesure devrions-nous consacrer des fonds aux soins de santé par opposition aux sommes qu'il convient d'allouer à la promotion du bien-être et à la prévention de la maladie? Devrions-nous consacrer moins d'argent au traitement de la maladie et mieux financer les stratégies de santé qui ciblent la population, par exemple pour le développement de la petite enfance, l'alphabétisation, le logement, l'environnement, la redistribution du revenu?

Quels nouveaux programmes devraient être élaborés (le cas échéant) et de quelle façon devraient-ils être financés? Ce sont là des exemples des questions de politique soulevées dans les sections du présent rapport qui portent sur les options. Toutefois, pour envisager ces questions, il ne faut pas oublier que d'autres pays, et non pas uniquement les États-Unis, consacrent déjà aux soins de santé un plus fort pourcentage de leur PIB que ne le fait le Canada. Les dépenses de santé au Canada représentent 9,5 % du PIB, proportion encore inférieure à celles de la Suisse (10,4 %) et de l'Allemagne (10,6 %). Il convient aussi de signaler que nombre des pays qui consacrent une part similaire de leurs budgets au régime de santé public offrent une couverture beaucoup plus large que le Canada. Ce résultat est généralement atteint avec la participation du secteur privé, grâce à diverses formules, par exemple des frais d'utilisation ou le recours à des régimes d'assurance privés.

Par ailleurs, les dépenses au titre de la santé en termes de pourcentage du PIB au Canada ont diminué, après avoir atteint en 1992 un sommet de 10 %. Cette tendance à la baisse s'est ensuite renversée, et depuis 1998 la part du PIB consacrée aux soins de santé s'est stabilisée à 9,3 %. Cependant, selon certains témoins (y compris l'honorable Marc Lalonde, ancien ministre fédéral de la Santé et des Finances) qui se sont présentés devant le Comité, il pourrait être nécessaire de ramener au niveau des 10 % les dépenses canadiennes au titre des soins de santé si nous voulons atteindre les objectifs liés au premier rôle fédéral dans le secteur de la santé. D'autres ont laissé entendre que la part du financement public de la santé devrait être fixée à un niveau prédéterminée. L'opportunité des diverses suggestions de mise en œuvre est discutée plus à fond dans les chapitres du présent rapport qui portent sur les options.

CHAPITRE CINQ :

CONTEXTE D'UNE POLITIQUE DE SOINS DE SANTÉ AU XXI[E] SIÈCLE

Les contraintes constitutionnelles et financières évoquées à la section 4.6 ne sont pas les seuls facteurs contextuels dont il faille tenir compte pour l'examen des options applicables à la réforme des soins de santé au Canada. Les soins de santé sont une industrie du secteur tertiaire, et la structure et la forme mêmes de nombreuses industries tertiaires ont beaucoup évolué dans les dernières années du XX[e] siècle.

En fait, il est possible de tracer les grandes lignes du profil du secteur des services type du XXI[e] siècle. Pour les beosins de notre étude, nous retenons trois grandes caractéristiques :

- La création d'unités organisationnelles de plus grande taille permettant de faire des économies d'échelle et la capacité d'offrir des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par année, ce qu'exigent de plus en plus les clients.
- La mise sur pied d'unités organisationnelles spécialisées dans la prestation d'un éventail restreint de services, mais dont les services sont plus efficaces et de meilleure qualité que ceux des unités qui dispensent une plus vaste gamme de services.
- Une préoccupation centrale pour le consommateur, puisque des études de marché ont maintes fois démontré que les consommateurs sont plus exigeants que jamais : ils veulent à la fois des services rapides et des services de grande qualité.

La structure organisationnelle actuelle de l'industrie des soins de santé au Canada ne possède aucune de ces trois caractéristiques. En fait, l'un des témoins qui se sont adressés au Comité a décrit le secteur des soins primaires comme s'apparentant davantage à une industrie artisanale du XIX[e] siècle qu'à une industrie de services du XXI[e] siècle, car il est composé dans une large mesure d'entreprises individuelles (cabinets de médecins). Le fait que ces entreprises ne soient pas regroupées rend impossible la prestation de services plus étendus, notamment le services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par année.

En outre, la spécialisation de l'industrie des soins de santé en unités offrant une étroite gamme de services ne s'est généralement pas produite. Il existe, bien sûr, un certain nombre d'exceptions, y compris les cliniques de chirurgie de l'œil au laser et un très petit nombre d'hôpitaux spécialisés comme l'hôpital Shouldice, dans la région de Toronto, où l'on n'opère que les hernies (et qui est remboursé au taux régulier prévu par la province).

Le principal système de soins dans le secteur de la santé au Canada demeure l'hôpital général non spécialisé. Ces établissements seront toujours nécessaires, mais il importe aussi d'examiner les avantages qu'il y aurait à faire des unités de services spécialisées un élément plus important d'un système modernisé de services de santé. Pour cela, il faudra bien entendu faire un compromis important entre qualité des soins et accessibilité des services.

Pour ce qui est de la troisième caractéristique des industries du secteur tertiaire au XXI[e] siècle – l'importance accordée à la prestation de services rapides et en même temps de grande qualité –, peu de progrès ont été réalisés. En fait, la durée de l'attente pour certains types de traitements est à l'origine du plus grand nombre de plaintes que les Canadiens adressent au système de soins de santé. De toute évidence, les services ne sont pas fournis assez rapidement.

En continuant dans une large mesure de mettre l'accent sur le volume des intrants (en particulier la quantité de fonds publics investis dans le système et le nombre de médecins et d'infirmières) plutôt que sur la qualité des extrants, les tentatives visant à évaluer le fonctionnement du secteur des soins de santé sont contraires à l'orientation du service à la clientèle qui convient à une industrie de services moderne. Pourtant, il est clair que les montants investis ne peuvent servir à mesurer la qualité d'un système de soins de santé. Les États-Unis consacrent à la santé plus d'argent par habitant que tout autre pays de l'OCDE, mais leur système se classe parmi les derniers si on l'évalue en fonction de nombreux indicateurs de la santé dont la mortalité infantile, l'espérance de vie et les années potentielles de vie perdues.

Des outils de mesure des résultats ou des produits du système sont en cours d'élaboration, et l'Institut canadien d'information sur la santé commence seulement à publier des comparaisons du rendement des divers systèmes provinciaux. Le domaine de la mesure des résultats n'en est qu'à ses premiers balbutiements, pas seulement au Canada mais ailleurs également. Il reste encore beaucoup à faire.

Le Comité croit que nombre des problèmes auxquels le secteur des soins de santé est confronté ne seront réglés que si l'industrie est prête à évoluer et à devenir une industrie de services du XXI[e] siècle plutôt que de rester paralysée dans une structure et des perspectives du XIX[e] siècle. Dans le contexte du rôle qu'il assume relativement à l'infrastructure des soins de santé (voir les chapitres 10 et 11), le gouvernement fédéral pourrait offrir une aide favorisant cette évolution.

5.1 Réforme des soins primaires : une étape en vue d'une structure adaptée au XXI[e] siècle

Même s'il ne s'agit pas d'une responsabilité fédérale directe, la structure provinciale des services de santé a un effet direct sur l'efficacité et la rentabilité globale des services dispensés aux Canadiens. Pour cette raison, le Comité croit qu'il importe de tenir compte des changements attendus sous peu par suite de la réforme des soins primaires. En outre, en modifiant les modes de prestation des soins primaires, on dégage de nouvelles

perspectives de changement dans le système de soins de santé et, par conséquent, d'autres options de réforme. (Pour plus de renseignements sur la réforme des soins primaires, voir les sections 8.2.2, 8.5 et 11.4.)

La nécessité de changements notables dans la façon dont les soins de santé primaires sont fournis était au cœur des recommandations d'un certain nombre d'examens provinciaux des services de santé, notamment le rapport de la Commission Sinclair en Ontario, celui de la Commission Clair sur la prestation des soins de santé au Québec et le rapport Fyke sur la prestation des services de santé en Saskatchewan. En fait, l'importance de changer la façon dont les soins de santé sont fournis est si largement reconnue qu'en septembre 2000, le gouvernement fédéral a accepté de verser 800 millions de dollars pour aider les provinces à réaliser une réforme du secteur des soins primaires.

Pour le gouvernement fédéral, les questions liées aux soins primaires s'inscrivent surtout dans le cadre de son rôle qui consiste à contribuer à la recherche innovatrice dans le domaine de la santé et à améliorer l'infrastructure des soins de santé, mais elles touchent aussi ses autres rôles.

Premièrement, les décisions relatives à la réalisation optimale des ressources publiques ont une incidence marquée sur le niveau global du financement nécessaire au maintien de notre système de soins de santé. Par exemple, si le regroupement de cabinets médicaux donne aux patients accès à un groupe de médecins de famille sept jours sur sept (comme le recommandent les rapports Clair et Fyke), il pourrait s'ensuivre une réduction de l'utilisation des coûteux services d'urgence des hôpitaux et donc, d'éventuelles économies pour l'ensemble du système.

De même, nombre des réformes proposées dans le secteur des soins primaires touchent la mesure dans laquelle la promotion de la santé et la prévention des maladies (rôle fédéral visant la santé de la population) devraient être intégrées à la prestation des services de santé.

Par ailleurs, si la réforme des soins primaires comprend le passage d'un système où les médecins sont payés à l'acte à un système où ils sont payés par capitation, ou encore à une combinaison de paiements par capitation et à l'acte, alors de nouvelles options deviendraient possibles pour moderniser le système de soins de santé[3], notamment l'accroissement du nombre de services couverts par l'assurance-santé publique. Ainsi, les services de physiothérapie, de chiropractie et même de pharmacothérapie pourraient être fournis par une unité de soins de santé rémunérée en vertu d'un régime de capitation ou d'un régime combiné de capitation et de paiement à l'acte.

[3] Le terme « capitation » désigne le régime en vertu duquel une unité de soins de santé reçoit un paiement annuel pour chaque personne dont cette unité est responsable. Le montant du paiement peut être fonction de l'âge et des antécédents médicaux de l'intéressé, mais non pas du nombre de visites que cette personne effectue à l'unité au cours de l'année.

Un tel système permettrait aussi de s'assurer que tous reçoivent des traitements de la façon la plus rentable possible. La réforme des soins primaires exige non seulement de changer la façon dont les services des médecins sont fournis, mais aussi de changer la façon dont s'effectue le contact initial du patient avec le système de soins de santé. Dans un régime de rémunération par capitation, par exemple, une infirmière praticienne peut prendre en charge certains cas qui, autrement, devraient être confiés à un médecin rémunéré à l'acte.

Pour toutes les raisons exposées ci-dessus, le Comité estime qu'il importe pour le gouvernement fédéral de continuer à aider les provinces et les territoires à restructurer le régime de prestation des soins primaires. En fait, nous croyons que la réforme des soins primaires est l'undes pas les plus importants à franchir si l'on veut moderniser le système de soins de santé au Canada.

5.2 Les soins de santé sont différents des autres biens et services

Il convient de signaler que, même si l'industrie des soins de santé doit s'adapter à la réalité d'un secteur des services du XXI[e] siècle, un fait demeure : les services de santé ne réagissent pas comme les autres biens et services aux aiguillons du marché. Dans le vocabulaire des économistes, on dirait que les soins de santé sont exposés à un certain nombre de « déficiences du marché ». En situation de marché libre, les ressources sont allouées suivant la loi de l'offre et de la demande. Les niveaux de prix ainsi établis assurent l'affectation optimale des ressources lorsque certaines conditions relatives à l'offre et à la demande sont remplies. Or ces conditions sont généralement absentes dans le secteur des services de santé.

Il existe plus précisément trois grandes différences entre les soins de santé et les autres biens et services. La première déficience du marché dans le domaine de la santé a trait à l'absence d'une « volonté souveraine du consommateur ». Bien que ce soit le client lui-même qui prenne contact avec le système de soins de santé, ce sont les fournisseurs de soins qui déterminent combien il aura besoin de tests de diagnostic, de visites chez le spécialiste et de médicaments d'ordonnance. En d'autres termes, une personne ne peut pas obtenir des services de chirurgie en établissement ou des services de radiothérapie sans la recommandation d'un fournisseur autorisé. Ainsi, l'affectation des ressources dans le domaine de la santé n'est pas simplement fonction du jeu de l'offre et de la demande comme elle l'est en situation de libre marché. En fait, les fournisseurs de soins de santé influent sur la demande d'une façon qui s'avère impossible dans presque n'importe quelle autre industrie.

Deuxièmement, il y a un problème d'« asymétrie de l'information » entre le fournisseur de services de santé et le consommateur parce que ce dernier est habituellement incapable de déterminer par lui-même le type de services de santé dont il a besoin. Les fournisseurs de services de santé ont un immense avantage sur les consommateurs, car ils ont des connaissances professionnelles leur permettant de déterminer le service qui convient à leurs patients. Par conséquent, dans un marché libre des services de santé, cette asymétrie de l'information pourrait mener à l'exploitation des consommateurs par les fournisseurs de services.

Les fournisseurs pourraient être en situation de conflit d'intérêts s'ils recommandaient des soins qu'ils dispensent eux-mêmes et dont, par conséquent, ils tirent des revenus.

La troisième déficience du marché concerne l'« imprévisibilité de la maladie ». Les biens commercialisables – notamment la nourriture et le logement ou les téléviseurs et les magnétoscopes – peuvent être prévus dans un budget. Il n'en va pas ainsi dans le domaine de la santé. Parce que la maladie est imprévisible, la demande de soins de santé est incertaine. Les clients ne peuvent pas facilement déterminer à l'avance, comme ils le feraient pour la nourriture, la façon optimale d'exploiter les services de santé au cours d'une année donnée. Ce qui est plus important encore, le coût des soins de santé peut être énorme. Rares sont ceux qui sont en mesure d'assumer seuls les coûts des soins de santé.

L'assurance-santé, publique ou privée, est la solution à cette incertitude. Au Canada comme dans de nombreux autres pays de l'OCDE, les gouvernements ont accordé la préférence à un régime d'assurance-santé public plutôt que privé, parce que l'assurance privée est elle aussi assujettie à l'imperfection du marché. Les sources de déficience sur les marchés de l'assurance-santé privée sont l'antisélection, le risque moral et les économies d'échelle.

Le risque moral et l'antisélection sont des facteurs distincts, mais ils ont les mêmes conséquences pour les assureurs privés, car ils s'appliquent tous deux à un assureur privé qui consent à assurer uniquement les « bons risques ». Le risque moral désigne le fait que les particuliers sont davantage portés à acheter de l'assurance s'ils estiment qu'ils pourraient avoir besoin des services en question. L'antisélection se rapporte au fait que les assureurs cherchent à éviter les personnes les plus susceptibles de leur coûter cher. En réponse aux deux situations, les assureurs privés peuvent refuser d'assurer l'intéressé ou percevoir des primes plus élevées. Par conséquent, dans un marché de l'assurance privée, les particuliers ayant des problèmes de santé pourraient devoir payer des cotisations plus élevées ou accepter une couverture réduite. De même, à primes équivalentes, les personnes défavorisées sur le plan économique auraient à assumer une proportion relativement plus élevée des coûts des soins de santé. Or ce n'est pas du tout le cas du régime d'assurance-santé public, qui garantit l'accès à l'assurance, quel que soit l'état de santé ou la capacité de payer de l'intéressé.

De plus, le domaine de l'assurance offre des économies d'échelle inhérentes. Si certains coûts (le règlement des demandes de paiement, par exemple) sont fonction du volume d'activité, d'autres (l'établissement des taux, par exemple) restent identiques quel que soit le nombre de personnes assurées. En règle générale, les grandes compagnies d'assurance ont des coûts relativement inférieurs à ceux des petits assureurs. Un assureur unique (ou payeur unique), pour qui le traitement des demandes et des données est centralisé, profite beaucoup de ces économies d'échelle parce que ses frais d'administration sont relativement faibles. Lorsque le payeur unique est un organe public, il est possible de réduire encore plus les coûts administratifs parce qu'aucune cotisation n'est perçue et que les fonds nécessaires proviennent des recettes publiques.

Dans l'ensemble, les déficiences du marché et des considérations liées à l'équité et à la justice expliquent une large part de l'engagement des gouvernements dans le domaine des soins de santé. Comme nous l'avons dit précédemment, de nombreux pays, dont le Canada, ont préféré accorder au secteur public un rôle plus important dans le domaine de l'assurance-santé. Les pays qui ont autorisé l'assurance-santé privée, notamment l'Australie, les Pays-Bas et la Suède, contrôlent aussi le marché privé dans une large mesure, car ils réglementent le niveau des cotisations, des quote-parts et des franchises que peuvent fixer les assureurs privés.

CHAPITRE SIX :

OBSERVATIONS AU SUJET DES CHOIX OFFERTS

6.1 Nécessité d'un choix réaliste d'options

Lorsque le Comité a entamé une étude du rôle du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé et des soins de santé, il avait pour objectif principal de stimuler le débat public sur les options que le gouvernement fédéral devrait retenir pour relever adéquatement les défis auxquels il était confronté dans ces domaines. Le rapport est le vecteur retenu par le Comité pour lancer ce débat.

Dans les prochaines sections du rapport, nous faisons valoir une série d'options qui pourraient permettre de surmonter les obstacles auxquels se heurte le système de soins de santé au Canada. Ces options s'appuient sur l'information recueillie lors des audiences ainsi que sur la documentation mise à la disposition du Comité. Même s'il ne prétend pas avoir cerné toutes les options possibles, le Comité a prêté l'oreille à tout un éventail d'intervenants et de spécialistes et il a pris connaissance d'opinions très diverses. Nous croyons donc que l'éventail des options que nous proposons couvre à peu près toute la gamme des opinions exprimées à ce sujet.

Comme nous l'avons déjà dit, nous espérons que pour choisir une option, les lecteurs du présent rapport préciseront l'objectif que cette option doit aider à concrétiser. Nous espérons aussi que les lecteurs tiendront compte des arrimages entre les options. En effet, dans certains cas, le choix d'une option peut en interdire d'autres ou du moins les compliquer dans une large mesure. Pour d'autres options, par contre, seule leur combinaison permettrait d'atteindre les objectifs désirés.

Par ailleurs, les contraintes financières décrites précédemment ont un effet évident sur l'ensemble des options qui, collectivement, seraient réalisables (à moins qu'on envisage également de nouvelles sources de financement). Par conséquent, si le lecteur prévoit une expansion quelconque des services dans le domaine des soins de santé, il lui incombe de préciser aussi sa préférence quant au mode de financement qui conviendrait à cette expansion.

6.2 Intérêt d'un débat non idéologique

Le Comité espère que la façon dont il a exposé les diverses options contribuera à centrer le débat concernant la réforme des politiques et des programmes en matière de santé et de soins de santé au Canada sur des options de changement réalistes. Dans cet esprit, quelques observations générales s'imposent sur l'avancement de ce débat dans notre pays aujourd'hui.

Selon les membres du Comité, il est essentiel que le débat s'étende au-delà de la rhétorique politique. Pour étudier les options relatives au système actuel, nous soulevons certaines questions généralement écartées d'entrée de jeu dans toute discussion sur la réforme des soins de santé au Canada. Nous les soulevons non pas pour nourrir délibérément la controverse, mais parce que nous croyons que les Canadiens ne peuvent plus éviter des choix difficiles en se contentant d'énoncés simplistes sur la façon dont le système actuel fonctionne, énoncés qui souvent ne sont qu'en partie vrais. Nous croyons que le maintien d'un système de soins de santé viable à long terme est trop important pour que les enjeux ne soient pas discutés de façon ouverte et rationnelle. Évidemment, les positions individuelles sur ces questions sont dans une large mesure fonction des valeurs personnelles. De fait, c'est précisément parce que ces questions ressortissent de si près aux valeurs que les réactions qu'elles provoquent sont émotives et idéologiques.

Il importe d'examiner l'expérience acquise ailleurs dans le monde, car de nombreux autres systèmes de soins de santé ont des caractéristiques semblables à celles du système canadien. Les comparaisons internationales révèlent de nombreuses façons d'équilibrer la participation publique et privée dans le domaine des soins de santé pour non seulement répondre aux besoins en cette matière de l'ensemble de la population, mais aussi respecter une certaine logique économique. De toute évidence, le débat sur la façon dont il convient d'équilibrer les rôles des secteurs public et privé est essentiel pour orienter l'évolution des soins de santé dans les prochaines années.

Une deuxième dimension très importante du débat sur les soins de santé, une dimension qui chevauche la question des rôles public et privé, a trait au financement global que les Canadiens jugent approprié. Nous consacrons actuellement aux soins de santé, de sources publiques et privées, 9,5 % du PIB. Quelques pays (l'Allemagne, la Suisse et les États-Unis) dépensent plus, mais beaucoup dépensent moins. Entre autres questions à régler pour les Canadiens, il y a la détermination du niveau de financement approprié (en pourcentage du PIB) et des parts à demander des sources publiques et privées.

Il faut toutefois tenir compte d'un certain nombre d'exigences concurrentes. D'une part, les préjudices causés à notre système sont de plus en plus visibles sur deux axes importants : les préoccupations concernant l'accessibilité des traitements en temps opportun et les questions liées à la formation, au recrutement et au maintien à l'effectif du personnel dans le secteur de la santé. Aucun de ces problèmes n'est simple, et le fait que les deux soient liés et recoupent d'autres questions complexes les rend extrêmement difficiles à régler. Il est pourtant urgent de les régler : les fournisseurs de soins de santé refusent de plus en plus souvent d'assumer toute la responsabilité du maintien du système, et les Canadiens s'irritent de plus en plus devant les récits de souffrances inutiles qui sont provoquées par les retards et qui font régulièrement la une des journaux.

D'un autre côté, les Canadiens s'inquiètent à juste titre d'une restructuration plus poussée du système qui ne répondrait qu'aux pressions immédiates. Les mesures de réduction des coûts adoptées par chaque ordre de gouvernement dans les années 1990 ont permis de

juguler la hausse des dépenses de santé (au moins jusqu'à la fin de la décennie). Il est toutefois fort probable que nous subissions maintenant les conséquences des diverses pressions que ces mesures de réduction des coûts ont imposées au système. Par ailleurs, les Canadiens s'enorgueillissent à bon droit d'un système qui s'est construit en près de 40 ans, et la prudence nous conseille de discuter à fond de la réforme avant de la réaliser avec beaucoup de soin.

6.3 Comprendre l'expérience des autres pays

Les lecteurs tireront peut-être un certain réconfort du fait que les Canadiens ne sont pas les seuls à affronter des questions complexes dans le domaine des soins de santé. Dans tous les pays du monde, la politique en matière de soins de santé est étroitement liée à la vie politique, sociale et même culturelle. En Suède et au Royaume-Uni, par exemple, de vastes réformes des soins de santé ont été anéanties lorsque le gouvernement qui les avait pilotées a été remplacé par un parti s'inspirant d'une idéologie politique très différente. Par conséquent, de nombreuses expériences en matière de réforme des systèmes de soins de santé ont été abandonnées avant qu'il ne se soit écoulé suffisamment de temps pour qu'on puisse en constater les effets. D'autres ont été abandonnées pour des motifs idéologiques, même si elles donnaient de bons résultats.

L'expérience canadienne est quelque peu différente, essentiellement parce que tous les grands partis politiques appuient le système actuel et se sont refusés à tenter de le modifier (certains diraient qu'ils ont eu peur). Quoi qu'il en soit, Claude Forget, ancien ministre de la Santé du Québec et expert reconnu en matière de systèmes de soins de santé comparés, a déclaré au Comité que l'expérience internationale devrait nous mettre en garde contre les dangers d'un système public assujetti aux changements de vogue sur la scène politique et qui, par conséquent, ne peut pas aborder de façon terre à terre la gestion des problèmes. On peut dire sans crainte de se tromper que nous n'avons pas encore trouvé de moyen pour encourager ces approches et même que certains aspects de notre cadre législatif actuel inhibent purement et simplement le type d'expérimentation nécessaire.

Il y a aussi de nombreuses inconnues qui pourraient influer sur la forme que le système de soins de santé canadien prendra à l'avenir. L'une de ces inconnues est l'effet possible de divers accords commerciaux internationaux et régionaux. En Europe, par exemple, les lois sur la concurrence qui s'appliquent à tous les membres de l'Union européenne interdisent les monopoles, même dans le secteur des soins et services de santé. Cette règle a obligé les assemblées législatives nationales à « ouvrir » leur système de soins de santé, et de nombreuses expériences touchant les incitatifs du marché et la concurrence ont été lancées dans des systèmes encore essentiellement financés par les fonds publics. Il semblerait donc important que les Canadiens adoptent une attitude ouverte pour envisager la réforme des soins de santé et qu'ils tiennent compte de toute la gamme des options disponibles plutôt que d'en rejeter certaines au premier abord.

CHAPITRE SEPT :

LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*, ÉQUITÉ ET ACCÈS AUX TRAITEMENTS EN TEMPS OPPORTUN

7.1 Introduction

Selon la Constitution, en règle générale, les soins de santé relèvent des provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral n'est pas responsable de l'administration ni de la prestation des soins de santé, sauf pour des sous-groupes précis de la population. De fait, le Canada ne dispose pas de régime national d'assurance-santé, mais plutôt de 10 régimes provinciaux et de trois régimes territoriaux d'assurance-santé.

Toutefois, en raison de sa contribution financière aux systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux et parce qu'il administre la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral a contribué à modeler les régimes d'assurance-santé publics de tout le pays. Dans une large mesure, la Loi garantit à tous les Canadiens, quel que soit leur lieu de résidence, des soins de santé raisonnablement comparables dispensés suivant des conditions relativement uniformes.

Il existe un lien entre les conditions imposées dans la *Loi canadienne sur la santé* et les fonds que le gouvernement fédéral transfert aux provinces et territoires pour les aider à maintenir un régime public d'assurance-santé. La Loi énonce les conditions régissant ces transferts de fonds fédéraux. Elle ne réglemente pas la prestation des services de santé.

Il semble y avoir consensus parmi les experts consultés par le Comité au sujet de la constitutionnalité de la *Loi canadienne sur la santé*, en ce sens que cette Loi ne représente pas une ingérence dans la gestion quotidienne des services de santé et l'administration des régimes publics d'assurance-santé. Il convient de signaler que depuis son adoption, il y a environ 17 ans, la constitutionnalité de la Loi n'a jamais été contestée. Quoi qu'il en soit, les témoins experts du Comité s'entendent pour dire que la constitutionnalité de la Loi risquait d'être contestée d'ici quelques années.

Certaines répercussions de la *Loi canadienne sur la santé*, toutefois, sont encore difficiles à évaluer. Les effets et, surtout, les carences de la Loi ne sont pas toujours clairs. Plus précisément, trois grandes questions ont été soulevées à ce sujet. Premièrement, est-ce que les Canadiens ont droit à des soins de santé, et si un tel droit existe, est-il inscrit dans la *Loi canadienne sur la santé*? Deuxièmement, dans quelle mesure, le cas échéant, la prestation de soins de santé par des fournisseurs privés et les régimes d'assurance-santé privés sont-ils autorisés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*? Troisièmement, est-ce que l'« accès satisfaisant » prévu dans la *Loi canadienne sur la santé* signifie que les Canadiens doivent avoir accès en temps opportun aux services et aux soins de santé dont ils ont besoin?

Pour examiner ces questions, le Comité a convoqué un panel de spécialistes du droit constitutionnel, complété par la grande expérience constitutionnelle de certains membres du Sénat qui ne participent généralement pas aux travaux du Comité. Les résultats de la discussion, qui sont résumés ci-après, ont aidé le Comité à élaborer des propositions aptes à régler ces trois questions.

7.2 Est-ce que les Canadiens ont droit à des soins de santé?

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, la *Loi canadienne sur la santé* précise les conditions régissant les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires qui respectent les exigences fixées. La Loi ne fait aucunement mention, explicitement ou implicitement, du droit aux soins de santé. Cependant, de nombreux sondages d'opinion ont montré que les Canadiens croient généralement qu'ils ont droit aux soins de santé. En l'occurrence, la Loi prévoit-elle un droit en matière de soins de santé au Canada?

La *Charte des droits et libertés*, qui fait partie de la Constitution du Canada, définit les droits jugés fondamentaux dans la société canadienne. Les sources les plus probables d'un droit prévu dans la *Charte* en matière de soins de santé sont les articles 7 et 15 de la *Charte* :

> *7. Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.*
>
> *15. (1) La loi ne fait exception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.*

Les soins de santé ne sont pas explicitement mentionnés dans la *Charte*. Par conséquent, si un tel droit existe, il serait, de l'avis des tribunaux, sous-entendu dans l'interprétation de l'un des droits prévus dans la *Charte*. Selon les experts qui ont comparu devant le Comité, le droit à la vie sous-entend nécessairement le droit à la santé et, par conséquent, le droit aux soins de santé. Donc, on peut soutenir que la *Charte* garantit aux Canadiens le droit implicite aux soins de santé. Ce point de vue a également été exprimé par l'honorable juge Bertha Wilson, qui a affirmé : [TRADUCTION] « [...] le gouvernement reconnaît depuis quelque temps déjà que l'accès aux soins de santé de base est un service qu'aucune société avancée ne peut légitimement refuser à l'un ou l'autre de ses membres »[4]. C'est la raison pour laquelle les spécialistes ont déclaré au Comité qu'ils s'attendaient à ce que le droit aux soins de santé soit contesté au cours des prochaines années.

[4] Cité dans Martha Jackman, « The Application of the Canadian Charter in the Health Care Context », dans *Health Law Review*, vol. 9, nº 2, 2000, p. 22-26.

7.3 Dans quelle mesure, le cas échéant, la *Loi canadienne sur la santé* autorise-t-elle la prestation de soins de santé privés et les régimes privés d'assurance-santé?

L'information fournie au Comité par la professeure Martha Jackman permet de croire que la *Loi canadienne sur la santé* n'interdit pas la prestation de soins de santé privés. Elle incite plutôt les provinces, sous peine de leur retirer le droit aux fonds fédéraux, à empêcher les fournisseurs de soins de santé de facturer directement aux patients des montants supérieurs à ce qu'ils reçoivent des régimes d'assurance-santé provinciaux pour ces services. C'est donc dire qu'elle décourage ce que l'on appelle la surfacturation.

De même, pour toucher l'entière contribution financière à laquelle ils ont droit en vertu du TCSPS, les provinces et territoires ne doivent pas autoriser les hôpitaux à facturer aux patients des services hospitaliers assurés. Par conséquent, la Loi ne dicte que les conditions suivant lesquelles le gouvernement fédéral transférera des fonds aux provinces.

En tant que telle, la Loi n'interdit pas aux fournisseurs et aux établissements de soins de santé privés ou à but lucratif de fournir des services de santé assurés par la province et de demander un remboursement, en autant qu'il n'y a pas de surfacturation ni de frais imposés aux utilisateurs. La Loi n'empêche pas les provinces d'autoriser des fournisseurs privés de soins de santé, qu'il s'agisse de particuliers ou d'établissements, à fonctionner de façon tout à fait indépendante du système de soins de santé financé par les fonds publics. Les fournisseurs et établissements de services de santé peuvent refuser de participer aux régimes provinciaux et facturer directement aux patients le coût total des services fournis, sans qu'aucune pénalité ne soit imposée aux provinces en vertu de la *Loi canadienne sur la santé.* Dans ces cas, les patients ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu des régimes provinciaux. En outre, la *Loi canadienne sur la santé* interdit effectivement aux particuliers d'acheter de l'assurance-santé privée pour couvrir le coût de services reçus d'un fournisseur qui a choisi de ne pas participer au régime provincial d'assurance-santé.

La *Loi canadienne sur la santé* vise à décourager l'interfinancement des fournisseurs et établissements de soins de santé qui assurent des services nécessaires sur le plan médical et financés en partie par une assurance-santé publique et en partie par le patient. Le gouvernement fédéral considère que cette mesure décourage la croissance d'un deuxième palier de soins de santé qui, à son avis, pourrait présenter une menace considérable pour le système public de soins de santé au Canada. (Il faudrait toutefois souligner que des systèmes de soins de santé public et privé parallèles existent dans la plupart des autres pays industrialisés.)

À l'heure actuelle, certaines cliniques privées semblent fonctionner suivant des règles qui sont pratiquement à la limite de la lettre, et certainement de l'esprit, de la *Loi canadienne sur la santé.* Ainsi, le gouvernement fédéral considère qu'une clinique privée d'IRM qui traite des patients couverts par le système public et des patients qui consultent à titre privé respecte la lettre de la Loi apparemment parce qu'il considère que la personne qui fournit le service IRM n'est pas un « médecin ». En effet, ce service est parfois fourni par un technicien, sur la

recommandation d'un médecin, et les résultats sont communiqués à un médecin. Par conséquent, le service d'IRM n'est pas assujetti à la Loi.

Certains considèrent toutefois que cette façon de procéder accorde un avantage indu aux patients qui sont en mesure de payer des examens dans une clinique privée d'IRM. Lorsque le médecin a les résultats d'un test diagnostique, selon ces critiques, le patient peut s'inscrire beaucoup plus rapidement à la liste d'attente pour le traitement dont il a besoin que s'il avait attendu un examen dans une clinique publique d'IRM. Cette situation, soit « passer avant son tour », peut miner le principe de l'accessibilité prévu dans la *Loi canadienne sur la santé*, en vertu de laquelle les services de santé nécessaires sur le plan médical devraient être dispensés uniformément en fonction du besoin – et non pas des moyens financiers.

Le gouvernement fédéral suit attentivement ce dossier. En septembre et octobre 2000, Allan Rock, ministre de la Santé, a adressé des lettres aux gouvernements de l'Alberta et du Québec pour en savoir plus au sujet des cliniques privées d'IRM fonctionnant dans les deux provinces. Aucune décision n'a été prise pour ce qui est de la conformité des deux provinces avec la Loi fédérale.

La *Loi canadienne sur la santé* exige que les régimes d'assurance-santé provinciaux rendent compte au gouvernement provincial et qu'ils soient sans but lucratif, ce qui, concrètement, interdit aux régimes privés d'assurance-santé de couvrir des services visés par les régimes publics d'assurance de la province. Les assureurs privés ne peuvent offrir qu'une assurance-santé supplémentaire couvrant entre autres le coût d'une chambre privée ou semi-privée à l'hôpital, les médicaments délivrés sur ordonnance, les soins dentaires et les lunettes.

Par-dessus tout, la *Loi canadienne sur la santé*, tout comme les lois provinciales et territoriales, a empêché l'émergence d'un système privé de soins de santé qui ferait directement concurrence au système public. Il n'est tout simplement pas possible, sur le plan économique, pour les patients, les médecins ou les établissements de soins de santé de participer à un système parallèle.

Cela soulève la question suivante : si un droit aux soins de santé est reconnu en vertu de l'article 7 de la *Charte* et si l'accès à des services de santé financés par les fonds publics n'est pas obtenu en temps opportun, est-ce que les gouvernements peuvent continuer à décourager la prestation de services de santé privés en interdisant les assurances privées? Pour paraphraser l'article 1 de la *Charte des droits et libertés* : Est-il juste et raisonnable dans une société libre et démocratique que le gouvernement rationne l'offre de services de santé (au moyen d'affectations budgétaires aux soins de santé) et que, simultanément, il empêche les particuliers d'acheter des services au Canada?

Les réponses données à cette question par le panel de spécialistes de la Constitution étaient partagées. Nos spécialistes ont fait valoir que la question n'était pas uniquement d'ordre juridique, et qu'il s'agissait par-dessus tout d'une question d'équité. Est-il

équitable d'empêcher une personne qui peut se permettre d'acheter un service de santé de faire comme elle l'entend? À l'inverse, est-il équitable pour les Canadiens qui n'ont pas les moyens d'acheter des soins de santé de permettre que d'autres le fassent? C'est à notre lecteur qu'il convient de se faire une opinion à cet égard.

Il est clair, cependant, que toute réforme des ententes actuelles envisageant une participation du secteur privé qui concurrencerait par le fait même le secteur financé par les fonds publics nécessiterait des modifications importantes de la *Loi canadienne sur la santé.*

7.4 Accès en temps opportun et listes d'attente

Selon le principe de l'accessibilité inscrit dans la *Loi canadienne sur la santé*, les Canadiens devraient avoir un « accès satisfaisant » à des services de santé assurés. Toutefois, la Loi ne fournit pas de définition claire de ce qui constitue un accès satisfaisant. Dernièrement, la question de l'accès aux soins de santé a été liée au problème des listes d'attente et des délais, c'est-à-dire un problème d'accès *en temps opportun.* L'expression « en temps opportun » est bien sûr subjective. Ce qui constitue un accès en temps opportun pour une personne peut se révéler une éternité pour une autre, en particulier lorsqu'il est question de maladie. Néanmoins, le Comité estime que l'expression « accès en temps opportun » décrit plus précisément qu'« accès satisfaisant » les attentes du public à l'égard du système de soins de santé.

Le problème des listes d'attente n'est pas propre au Canada. Dans le cadre de son étude comparative, le Comité a découvert que de nombreux pays – dont l'Australie, la Suède et le Royaume-Uni – connaissaient des problèmes de délai et que dans plusieurs pays, les patients devaient même attendre plus longtemps qu'au Canada.

Il est indéniable que certains Canadiens attendent trop longtemps, mais l'absence d'information précise sur les listes d'attente constitue toujours un grave problème. De fait, il n'existe pas de données standardisées sur les listes d'attente. Il n'y a pas non plus de méthodes uniformes pour établir et tenir à jour des listes d'attente au Canada, ni aucune « règle scientifique » acceptée concernant le moment où les patients doivent être inscrits sur une liste, ni de consensus véritable sur ce qui constitue une période d'attente acceptable.

De toute évidence, il est urgent d'instaurer un processus approprié pour élaborer et tenir à jour de l'information sur les listes d'attente. Entre-temps, toutefois, les Canadiens sont fort mécontents des délais qu'ils doivent supporter pour rencontrer un spécialiste, obtenir un diagnostic ou recevoir des traitements en établissement ou en clinique externe. Ce mécontentement augmente dans la mesure où les délais perçus et réels augmentent aussi.

Comme nous n'avons pas de données uniformes et constantes pour l'ensemble du pays, nous ne pouvons nous faire une idée exacte de tous les facteurs qui contribuent à l'allongement des délais. Nous savons toutefois que certaines listes d'attente sont mieux gérées que d'autres. Ainsi, le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario gère bien ses listes d'attente.

Pour d'autres maladies, les listes d'attente ne sont pas aussi bien gérées. De plus, la période d'attente dépend du lieu de résidence du patient dans la province.

Pendant toutes les audiences du Comité, un certain nombre de questions ont été soulevées concernant ce problème :

- Que peut-on faire pour corriger la pénurie d'information fiable au sujet des listes d'attente?
- Pourrait-on raccourcir les listes d'attente si l'on remplaçait les équipements de diagnostic et de traitement désuets?
- Dans quelle mesure les pénuries de personnel dans les services de santé ont-elles un effet sur la longueur des périodes d'attente?
- Est-ce que l'absence de concurrence entre fournisseurs de soins de santé aggrave le problème des listes d'attente?
- Est-ce que l'absence d'engagement ferme à garantir un traitement dans des délais prescrits signifie que les listes d'attente peuvent continuer de s'allonger?
- Pourrait-on réduire l'attente pour les services financés par les fonds publics en adoptant un régime de soins privé pour ceux qui sont prêts à payer ou en facilitant l'accès à un tel service?

De toute évidence, le problème des listes d'attente et des délais est complexe et lié à de nombreuses autres questions. La pénurie de ressources humaines, le manque de matériel médical et l'insuffisance de l'information sont traités plus loin dans le présent rapport. Pour l'instant, il convient de présenter quelques observations souvent faites concernant le problème de l'accès en temps opportun.

Premièrement, si les listes d'attente sont attribuables, au moins en partie, à une pénurie de médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé, comme les témoignages présentés au Comité le laissent fortement entendre[5], le fait d'autoriser un système privé parallèle ne réduira pas les délais dans les deux listes et pourrait même entraîner une détérioration de la situation dans le secteur public. En effet, l'engorgement s'explique ici par une pénurie de fournisseurs de services et non pas par une pénurie d'installations médicales, par exemple de lits d'hôpitaux. Une intervention portant sur ce dernier facteur n'aurait donc aucun effet sur la durée totale de la période d'attente, et une ponction dans le personnel limité des services de santé au profit des patients du secteur privé priverait encore plus le secteur public.

Deuxièmement, même si l'offre de ressources humaines n'est pas à l'origine du problème, le fait d'autoriser la création d'un système privé parallèle ne réduit pas les délais dans le système public, comme le montre l'expérience d'autres pays. Ce phénomène s'explique entre

[5] Voir le rapport du Comité sur la phase deux pour une analyse plus détaillée des questions liées aux ressources humaines dans le secteur de la santé.

autres par le fait que les fournisseurs de soins de santé (p. ex., les médecins) et (ou) les patients réservent les listes d'attente aux cas relativement moins urgents.

Disons, par exemple, que suivant la règle actuelle un patient serait inscrit sur une liste d'attente en vue d'une chirurgie de la cataracte lorsqu'il aurait perdu au moins 50 % de sa vision dans un œil. L'expérience d'autres pays révèle que l'adoption d'un système parallèle pourrait inciter les ophtalmologistes à inscrire des patients sur la liste d'attente lorsqu'ils auraient perdu seulement 30 % de leur vision. Par conséquent, la création d'un système privé parallèle entraînerait un allongement de la liste d'attente du système public.

Troisièmement, les adversaires de la création d'un système parallèle rejettent ce qu'ils appellent généralement le système « à deux vitesses », c'est-à-dire un système dans lequel les patients du secteur privé obtiennent un service plus rapide ou de qualité supérieure. Ici, ce sont les tenants du système unique qui invoquent l'argument de l'« équité ». Ils soutiennent que les services de santé devraient être fournis exclusivement en fonction du besoin et que la création d'un deuxième niveau de soins qui ne serait accessible qu'à une minorité ayant les ressources nécessaires pour payer va à l'encontre des principes d'équité et de justice. Cette critique sous-entend que le système canadien ne présente à l'heure actuelle aucune des caractéristiques d'un système « à deux vitesses », mais est-ce vraiment le cas?

Les personnes qui peuvent se le permettre vont déjà à l'extérieur du Canada (en général aux États-Unis) pour obtenir des services médicaux lorsque leur seule autre option consiste à attendre pendant une longue période au Canada. Il y a aussi des preuves anecdotiques solides permettant de croire que la situation au Canada est similaire à celle qui règne en Australie où, comme nous l'expliquait l'un des témoins de ce pays, l'accès à des services (de santé) publics est généralement plus facile à obtenir si vous avez de l'argent ou du pouvoir et que vous comprenez les rouages du système et avez des contacts dans les services et les administrations hospitalières.

En outre, les commissions provinciales d'indemnisation des accidentés du travail dans la plupart des provinces ont un accès préférentiel au traitement pour leurs clients, sous prétexte qu'elles doivent les remettre au travail rapidement (et non pas, en passant, pour permettre à ces commissions de faire des économies). Dans certaines provinces, les commissions ont des contrats avec les hôpitaux pour un certain nombre de lits et de diagnostics, ce qui leur garantit un accès rapide. Elles effectuent aussi des paiements directs aux médecins pour les services fournis, et ces paiements n'entrent pas dans le calcul du revenu maximal fixé aux médecins dans certaines provinces.

Tout cela permet de croire que le système canadien n'est pas aussi « égalitaire » que la plupart des Canadiens ne le croient ou que la plupart des porte-parole gouvernementaux ne le soutiennent. Que cela constitue ou non un argument pour élargir encore le système « à deux vitesses », c'est au lecteur qu'il incombe d'en décider (voir les sections 7.5.1 et 8.6 pour d'autres commentaires sur un système à deux vitesses).

7.5 De quelle façon peut-on garantir l'« accès aux soins en temps opportun »?

Il existe de nombreuses façons de s'attaquer au problème de l'accès en temps opportun. Certaines n'ont aucune effet sur la structure du système de soins de santé actuel, tandis que d'autres nécessiteraient de profondes modifications.

Entre autres types de mesures qui pourraient être prises sans modifier la structure du système actuel, mentionnons les suivantes :

- Accroître la qualité de la sélection effectuée par les médecins de famille pour garantir que la demande de services spécialisés, en particulier pour les tests diagnostiques, vient uniquement des patients qui en ont vraiment besoin;
- Fournir en permanence de l'information aux médecins de famille et à leurs patients au sujet des spécialistes dont les listes d'attente sont les plus courtes;
- Établir des cabinets regroupant des spécialistes qui peuvent se partager la charge de travail et offrir des heures plus longues.

Il est aussi possible d'apporter certains changements systémiques, comme ce qui a été fait avec d'excellents résultats en Suède, et d'établir par exemple des incitatifs pour accroître l'efficacité, en particulier dans le secteur hospitalier.

7.5.1 « Garantie de soins »

En Suède, en 1992, le gouvernement national a établi une « garantie de soins » qui fixait le délai maximal de trois mois pour les tests diagnostiques, certains types de chirurgie non urgente (traitement de la coronaropathie, remplacements de hanche et de genou, chirurgie de la cataracte, chirurgie pour l'enlèvement des calculs biliaires, chirurgies pour hernie inguinale, prolapsus ou incontinence). Par la suite, des garanties concernant la longueur maximale de la période d'attente ont été adoptées pour les consultations avec les généralistes (8 jours) et les spécialistes (3 mois). À la fin de cette période, le patient recevait les fonds nécessaires pour s'adresser à d'autres services en Suède ou à l'étranger et obtenir les soins médicaux nécessaires. Les fonds nécessaires à ces traitements provenaient du gouvernement du comté (l'équivalent d'un gouvernement provincial dans le secteur de la santé), qui à son tour les prélevait sur les fonds destinés à l'hôpital concerné. La garantie de soins a permis d'améliorer la situation à tel point que les listes d'attente ne constituent plus une question politique[6].

Il convient aussi de signaler que le système à deux vitesses n'existe pas dans le modèle suédois. Chacun est traité de la même façon en vertu de la garantie de soins.

---

[6] Cité dans Ake Blomqvist, « International Health Care Models : Sweden », document préparé à l'intention du Comité, mai 2001, p. 19.

Le gouvernement national a également adopté une loi qui donne aux patients le droit de choisir librement leur médecin de famille et l'hôpital dans lequel ils veulent être traités. Avant cette réforme, les patients qui devaient être hospitalisés ne pouvaient l'être qu'à l'hôpital auquel ils étaient assignés, c'est-à-dire l'hôpital desservant la région où ils vivaient. Aujourd'hui, si un patient décide de se faire traiter dans un hôpital autre que celui auquel il est assigné, un montant précis peut être viré du budget du premier à celui du second. Les conseils de comté doivent donc payer les services fournis à leurs résidents par un autre conseil de comté. La population dans son ensemble a très bien accueilli la nouvelle liberté de choix prévue dans la loi. Nombre d'observateurs soutiennent aussi que les dispositions législatives ont entraîné un important changement dans la façon dont les patients en chirurgie sont traités, car chaque hôpital est ainsi encouragé à attirer les patients des autres ou à empêcher les siens d'aller chercher des services ailleurs.

Toute tentative visant à évaluer pleinement les résultats de l'expérience suédoise relativement au concept de « garantie de soins » devrait tenir compte de tous les facteurs propres à ce pays et à cette culture, mais il est intéressant de souligner qu'à la suite d'élections, le nouveau gouvernement a éliminé la « garantie de soins » et que les listes d'attente se sont allongées.

De toute évidence, certains types d'encouragements se traduisent par une productivité et une efficacité accrues dans les organisations, que ces organisations relèvent du secteur public ou du secteur privé. Pratiquement tous les hôpitaux de la Suède sont des établissements du secteur public.

L'exemple suédois soulève donc la question suivante : faudrait-il modifier le système canadien pour permettre ou même encourager la concurrence entre hôpitaux? Dans l'affirmative, est-ce que tous les hôpitaux devraient demeurer des établissements publics (ou, pour être précis, des établissements privés sans but lucratif) ou faudrait-il autoriser des hôpitaux ou cliniques privés, à but lucratif, à concurrencer les établissements publics? (Il faut signaler que l'on respecterait toujours les conditions de la *Loi canadienne sur la santé* si tous les hôpitaux d'une province étaient des établissements privés en autant que le système de paiement demeure à payeur unique.)

Si des établissements médicaux à but lucratif sont autorisés, il faudrait établir des normes pour garantir la qualité et la sécurité des soins que les patients reçoivent dans ces établissements. Cependant, cette tâche n'est nullement insurmontable, puisqu'il existe des hôpitaux privés dans tous les grands pays industrialisés. (Le Canada est le seul grand pays où le système hospitalier est entièrement financé par les fonds publics.)

En outre, il faudrait peut-être établir des conditions quant aux types de services que ces établissements du secteur privé pourraient fournir (p. ex., le remplacement d'articulations serait sans doute acceptable, mais pas les pontages cardiaques). Par conséquent, ces établissements privés seraient fort probablement des cliniques très spécialisées (comme la clinique Shouldice ou les cliniques de chirurgie de l'œil au laser), chacun offrant une gamme très restreinte de services mais de façon très efficace, justement en raison de cette spécialisation.

Il serait aussi possible d'adopter le modèle suédois de « garantie de soins » en vertu duquel des cliniques privées seraient en concurrence les unes avec les autres et avec les hôpitaux publics à la fin de la période d'attente maximale prévue pour un service donné.

Une deuxième option, qui nécessiterait un changement systémique plus important serait de permettre aux patients de s'adresser à la clinique privée avant la fin de la période d'attente maximale prévue en vertu de la « garantie de soins ». Dans une telle situation, les patients devraient assumer pleinement le coût du service (contrairement au modèle suédois de « garantie de soins », où le système public assume les coûts à la fin de la période d'attente maximale). En principe, en outre, il serait possible d'acheter de l'assurance pour couvrir les coûts des services en clinique privée. Donc, nous aurions ce que l'on appelle généralement un système « à deux vitesses » – semblable aux systèmes qui existent dans pratiquement tous les autres pays industrialisés (voir la partie 8.6 pour d'autres observations sur un système à deux vitesses).

7.5.2 Charte des droits des patients

Une dernière option pour corriger les problèmes d'accès en temps opportun consisterait à adopter une charte des droits des patients.

Au cours des dernières années, des chartes des droits des patients ou des chartes des patients, comme on les appelle en certains endroits, ont été adoptées en réaction aux préoccupations de plus en plus grandes concernant la qualité des soins de santé et leur prestation en temps opportun. Ainsi, la Nouvelle-Zélande a établi un code des droits des consommateurs sur les services aux personnes malades ou handicapées. L'Australie a aussi élaboré une charte des droits des patients. Par exemple, dans le cadre des accords prévoyant le transfert de fonds du gouvernement du Commonwealth d'Australie aux gouvernements des États et Territoires pour des services hospitaliers publics, ces derniers ont adopté des chartes sur les services des hôpitaux publics qui précisent un certain nombre de droits pour les patients recevant des services hospitaliers, notamment le droit :

- De recevoir un traitement adapté à leurs besoins médicaux, indépendamment de leur situation financière ou de la protection prévue par l'assurance-santé;
- D'avoir accès à des services hospitaliers publics indépendamment de leur lieu de résidence;
- D'être traités avec respect, compassion et confidentialité, et en tenant compte de leurs antécédents, de leurs besoins et de leurs désirs
- De participer pleinement aux décisions relatives aux soins de santé, notamment concernant leur admission, leur congé de l'hôpital et les mesures à prendre pour les soins continus;
- De recevoir des explications claires sur le traitement proposé, notamment sur les risques et solutions de rechange, avant d'accepter ce traitement;
- De donner un consentement éclairé (sauf dans des circonstances exceptionnelles) avant qu'une intervention ne soit menée, notamment pour la participation à des programmes de recherche médicale ou d'enseignement universitaire à de futurs professionnels de la santé;
- De refuser qu'on poursuive un traitement;

- D'avoir accès à leurs dossiers médicaux;
- À la confidentialité des renseignements personnels, à moins de dispositions contraires de la loi;
- À des services d'interprétation lorsqu'il leur est difficile de communiquer avec le personnel;
- De formuler des commentaires ou des plaintes sur les soins de santé et d'être informés de la marche à suivre pour faire part de leurs préoccupations.

Dans certains États américains, les lois prévoient aussi des chartes des droits des patients qui traitent de la prestation de soins de santé et de bon nombre de ces questions.

Au Royaume-Uni, afin de réduire le nombre croissant de plaintes concernant les longues périodes d'attente pour les services médicaux et de dissiper les préoccupations relatives à la qualité des soins et à la façon dont sont traités les patients par le National Health Service (NHS), le gouvernement a adopté la NHS Patients Charter au début des années 1990. Cette charte, qui comprend à la fois des droits individuels et des normes de service (appelées attentes), traite de l'accès aux services de santé et aux dossiers médicaux, de la protection de la vie privée des patients, de la participation à la recherche médicale et de la transmission de renseignements aux patients.

Les normes (ou attentes) incluses dans cette charte portaient sur la façon dont les services sont fournis et sur des questions comme les périodes d'attente maximales pour certains types de chirurgie, les consultations externes, les transferts dans un lit d'hôpital après l'admission dans un service d'urgence, les ambulances et l'évaluation des patients après leur arrivée à l'urgence.

Cette charte du NHS a toutefois fait l'objet de nombreuses critiques et les auteurs d'une étude menée à la fin des années 90 sont arrivés à la conclusion que cette charte nationale devrait être remplacée par des chartes locales élaborées par les fondations des hôpitaux, les bénéficiaires de soins de première ligne et les autres services de santé communautaires traitant directement avec les patients. L'idée d'une nouvelle charte nationale a été rejetée, mais non le concept de normes minimales sur les périodes d'attente aptes à donner accès en temps utile aux soins de santé. Ces normes (par exemple, deux semaines dans le cas d'une consultation avec un spécialiste pour une première évaluation de douleurs à la poitrine avec présomption d'angine, et au plus 26 semaines pour une consultation en clinique externe) sont maintenant incluses dans un nouveau document — un guide du NHS — qui a remplacé la charte des patients du NHS.

Même si on se pose des questions sur l'efficacité des chartes des droits des patients, tout le monde reconnaît qu'elles permettent de mieux défendre les droits des consommateurs de soins de santé. Certains ont indiqué que l'établissement d'une charte des droits des patients qui comprendrait des normes sur l'accès en temps opportun à un diagnostic, à un traitement et à des soins hospitaliers appropriés pourrait forcer le système de soins de santé du Canada à rendre des comptes aux consommateurs et garantir que la prestation des services de santé est axée avant tout sur les patients. Ces derniers sauraient ainsi quelles devraient être leurs attentes à l'égard du système. Armés de cette information, ils pourraient prendre des décisions

éclairées sur les soins de santé et déterminer ce qui est acceptable ou inacceptable dans une situation donnée.

L'adoption d'une telle charte au palier provincial permettrait d'adapter les normes ou attentes aux situations des diverses provinces et pourrait même créer une certaine concurrence dans la prestation des soins de santé. Les autorités sanitaires régionales pourraient également adopter leur propre version de ces normes. Toutefois, étant donné le caractère national du système de soins de santé du Canada, de nombreux Canadiens n'accepteraient pas qu'il existe de grands écarts entre les normes des diverses provinces. Il conviendrait donc que le gouvernement fédéral et les provinces et territoires participent à l'établissement de normes minimales garantissant un accès en temps opportun aux soins de santé, normes qui serviraient de base aux chartes provinciales sur les droits des patients.

Les préoccupations relatives à l'efficacité de ces chartes demeurent toutefois. Il faudrait donc prévoir un processus de surveillance, d'examen des plaintes et de révision.

Pour encourager l'adoption de ces chartes, le gouvernement fédéral pourrait rendre les transferts fédéraux aux provinces et territoires conditionnels à l'établissement de chartes provinciales ou territoriales sur les droits des patients assorties de mécanismes de surveillance et d'application efficaces.

CHAPITRE HUIT :

ENJEUX ET OPTIONS QUANT AU FINANCEMENT

8.1 Introduction

Le financement des soins de santé au Canada, et en fait dans tous les pays de l'OCDE, soulève de vifs débats qui portent sur un certain nombre de questions. Dans quelle mesure les soins de santé devraient-ils être financés par l'État? Quel rôle le secteur privé devrait-il jouer dans ce domaine? Quel serait le partage optimal entre les secteurs public et privé pour le financement des soins de santé? Dans les pays dotés d'un système politique fédéral comme le Canada, une autre question s'ajoute, à savoir comment équilibrer les dépenses consacrées aux soins de santé entre les divers ordres de gouvernement.

Tous les systèmes de soins de santé sont hybrides : ils sont financés tant par le secteur public que par le secteur privé. Au cours de la phase trois de son étude, le Comité a pris connaissance des différences importantes entre les pays de l'OCDE au niveau des services couverts par les divers régimes publics d'assurance-maladie et de leur mode de financement.

Selon notre étude comparative à l'échelle internationale, l'Allemagne, la Suède et le Royaume-Uni possèdent actuellement les systèmes publics les plus complets. La part des dépenses totales liées à la santé assumée par le secteur public est plus grande dans ces trois pays (soit 84 % en Suède et au Royaume-Uni et 75 % en Allemagne) qu'au Canada (70 %). De nombreux pays où le taux de participation du secteur public au financement des soins de santé est similaire à celui du Canada – par exemple l'Australie et les Pays-Bas – offrent également une couverture qui est beaucoup plus large que celle disponible au Canada.

Contrairement au Canada, toutefois, des frais d'utilisation des services couverts par le régime public sont imposés en Australie, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni. En outre, les résidents peuvent adhérer à un régime privé qui couvre les mêmes services que le régime public, ce qui n'est pas le cas au Canada. Ainsi, il est possible de déduire que, grâce à la façon dont la participation du secteur privé est organisée, ces pays peuvent offrir une couverture élargie dans le cadre du régime public.

Au Canada, le débat sur l'abordabilité et la durabilité du système de soins de santé public englobe des enjeux plus larges touchant à la sélection des services qui devraient être considérés comme « médicalement nécessaires » et, par conséquent, couverts par le régime public, à la détermination des bénéficiaires des soins de santé financés par l'État et au mode de paiement de ces services. Le rôle joué par le gouvernement fédéral dans le transfert de fonds aux provinces et territoires pour la fourniture des soins de santé et concernant l'application de la *Loi canadienne sur la santé* se situe au cœur même de ce débat.

En ce qui concerne le financement des soins de santé, le Comité a déterminé que les quatre grandes questions suivantes se posaient :

i. quels changements peut-on apporter au mode de prestation des soins de santé qui seraient susceptibles d'avoir un impact sur le niveau de financement requis?

ii. quelle forme devrait prendre l'aide financière du gouvernement fédéral pour les soins de santé?

iii. quels moyens devrait prendre le gouvernement pour réunir des fonds aux fins des soins de santé?

iv. quels services devraient être couverts et qui devrait être couvert par le régime public d'assurance-maladie?

Nous ne prétendons pas que les options présentées dans le présent chapitre sont exhaustives. De plus, elles ne doivent pas être perçues comme s'excluant mutuellement; des éléments des diverses options peuvent être reconfigurés de plusieurs façons différentes.

8.2 Quels changements peut-on apporter au mode de prestation des soins de santé qui seraient susceptibles d'avoir un impact sur le niveau de financement requis?

Lorsqu'on examine la structure de financement future des soins de santé, il est important de se demander si de nouvelles sources de financement sont nécessaires afin de rendre le système économiquement durable à long terme ou bien s'il est possible d'apporter suffisamment de changements au système de manière à ce que les économies résultantes permettent de supporter les hausses futures des coûts (attribuables entre autres au vieillissement de la population et à l'augmentation du coût des médicaments).

De nombreux changements ont été proposés tout au long des audiences du Comité au cours des trois premières phases de l'étude. Ces options ne touchent pas nécessairement directement au rôle du gouvernement fédéral en matière de financement, mais elles peuvent néanmoins se traduire par des économies qui auraient un impact sur le niveau global de l'aide financière nécessaire pour soutenir le système.

Plusieurs options visant à accroître l'efficience du système actuel sont présentées dans les sections 8.2.2 à 8.2.5 ci-dessous. Le Comité est d'avis que la plupart sinon la totalité de ces changements devraient être apportés dans un proche avenir.

8.2.1 Accroissement de l'efficience et de l'efficacité

Il existe deux écoles de pensée quant au besoin de nouvelles sources de financement pour assurer la durabilité du système de soins de santé. Selon les partisans de la

première ligne de pensée, une exploitation plus efficiente du système de soins de santé permettra de réaliser des économies telles qu'aucune nouvelle source de financement ne sera requise. Ce point de vue se reflète dans le récent rapport Fyke sur les soins de santé en Saskatchewan de même que dans des rapports et des articles de journaux de nombreux auteurs, y compris le Dr Michael Rachlis.

Par exemple, la commission Fyke a conclu que « modifier la prestation des services de santé primaires, planifier soigneusement la fourniture des soins spécialisés, continuer à investir dans le bien-être et s'engager à améliorer la qualité constituent les fondements d'un système de soins de santé efficace et durable ».[7] Pour sa part, le Dr Rachlis est d'avis que la meilleure façon d'assurer la durabilité du système consiste à généraliser les meilleures pratiques, notamment dans le cadre de la réforme des soins primaires. Parmi les exemples qu'il cite, mentionnons la médecine de groupe pratiquée à Beechy, en Saskatchewan, et à Sault Ste. Marie, en Ontario, grâce à laquelle le nombre de patients par médecin a augmenté de façon notable grâce à l'intégration des infirmières praticiennes et d'autres intervenants à un groupe de soins primaires polyvalent.[8]

De nombreux analystes reconnaissent la nécessité d'accroître l'efficacité et l'efficience du système de soins de santé du Canada, mais on ne s'entend pas sur l'ampleur des économies qui en résulteraient. En outre, il existe actuellement deux obstacles importants qui nous empêchent de réellement améliorer l'efficacité et l'efficience du système : premièrement, l'absence d'indicateurs du rendement, et deuxièmement, les difficultés rencontrées lorsqu'il s'agit de modifier un comportement.

En raison de la rareté des indicateurs mesurant l'amélioration de l'état de santé et du manque d'information sur les effets des traitements médicaux, il est difficile d'évaluer l'efficacité des soins et le rendement global du système de soins de santé. Donc, actuellement, on ne dispose pas de preuves suffisantes pour démontrer qu'une amélioration de l'efficience permettrait à elle seule de combler l'écart entre les coûts croissants des soins de santé et l'aide financière du gouvernement.

Voilà qui nous amène à la deuxième école de pensée quant au besoin de nouvelles sources de financement. Les partisans de cette ligne de pensée reconnaissent que, dans le cadre d'un système de soins de santé de 90 milliards de dollars, certaines économies sont assurément possibles et que tout doit être fait pour mettre en place des changements axés sur l'efficience.

Selon ces gens, il sera toutefois difficile d'apporter des changements qui visent à accroître l'efficience et l'efficacité parce que l'attitude et le comportement d'un éventail de personnes et de groupes ayant des intérêts bien établis dans le système de soins de santé – y compris les malades, les fournisseurs de services, les compagnies pharmaceutiques, etc. – se sont

[7] *Caring for Medicare*, la commission sur l'assurance-maladie, Saskatchewan, avril 2001, p. 79

[8] Voir Michael Rachlis, « We can do better with what we've got », *National Post*, le 5 juillet 2001, A14.

révélés, au fil des ans, très difficiles à changer. En fait, si bon nombre des changements proposés étaient aussi faciles à mettre en place que le laissent entendre les partisans de la première école de pensée, alors il y a lieu de se demander pour quelle raison ils n'ont pas déjà été apportés.

Par conséquent, le Comité croit qu'il est important d'être prudent et d'élaborer des politiques et des plans qui se révéleront efficaces si des économies suffisantes n'étaient pas réalisées à la suite des changements apportés au fonctionnement du système. En agissant autrement, nous mettrions tous nos œufs dans le même panier et nous compromettrions la durabilité future du système de soins de santé en pariant sur des changements à apporter au système alors qu'il n'existe pas encore de preuves suffisantes que ces changements sont vraiment réalisables, et qu'on ne dispose d'aucune indication fiable quant aux économies qui peuvent être réalisées grâce à ces changements.

Le Comité se rend compte que la démarche des adeptes de la première école de pensée comporte un avantage important : elle permet d'éviter la plupart des questions difficiles liées au financement qui sont décrites dans le reste du présent chapitre. Il est certes tentant d'adopter ce point de vue et d'esquiver les questions les plus controversées concernant les soins de santé, mais le Comité est d'avis qu'une planification responsable de la politique gouvernementale exige que la deuxième école de pensée l'emporte et que les Canadiens devraient poursuivre les discussions sur la façon de réunir des fonds additionnels tout en déployant des efforts pour organiser de manière plus efficiente la prestation des soins de santé.

Nous aimerions connaître les vues des lecteurs sur cette question fondamentale, à savoir laquelle des deux lignes de pensée devrait servir de base à la politique en matière de soins de santé?

8.2.2 Réforme des soins primaires

La façon dont la réforme des soins primaires peut être utilisée pour accroître l'efficience de la prestation des soins de santé est décrite à la section 5.1. Comme on l'a déjà mentionné, les soins primaires représentent le premier point de contact entre le malade et le système de soins de santé. Actuellement, le médecin fournissant les soins primaires est « l'aiguilleur » du système, il est celui qui doit diriger les patients vers les autres intervenants pour recevoir leur traitement. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont tous d'accord sur la nécessité d'une réforme des soins primaires. Cette réforme signifie qu'il faut encourager l'utilisation des fournisseurs de soins de santé les plus appropriés (pas nécessairement les médecins), veiller à ce que les dispensateurs de soins travaillent au sein d'équipes multidisciplinaires et adopter de nouveaux modes de rémunération des médecins – soit sous la forme d'une rémunération par capitation ou d'un salaire, soit un système de paiement mixte, par exemple la rémunération par capitation combinée à la rémunération à l'acte. De nombreux spécialistes croient que la réforme des soins primaires peut générer des bénéfices importants pour les raisons suivantes :

- Premièrement, étant donné que les médecins ne seraient pas rémunérés uniquement à l'acte, ceux-ci ne seraient plus incités, comme c'est le cas actuellement, à vouloir voir chaque patient qui se présente à la clinique. Par conséquent, un patient peut ainsi recevoir un service d'un professionnel de la santé qui est compétent, mais qui n'est pas nécessairement surqualifié. Donc, au lieu de confier la prestation des soins au médecin, comme c'est souvent le cas actuellement, une infirmière de triage, une infirmière praticienne ou un autre dispensateur de soins de santé pourrait s'en charger.

- Deuxièmement, dans le cadre d'un système de rémunération par capitation des soins primaires, le médecin qui est responsable d'un patient touche un montant fixe pour la fourniture des soins au patient pendant un an. Ainsi, par exemple, le médecin est incité à faire faire uniquement les tests qui sont vraiment nécessaires étant donné que les tests sont payés à même le montant fixe que le médecin a reçu pour les soins au patient. Lorsque les tests ne sont plus « gratuits » pour le médecin, comme c'est le cas actuellement, un changement comportemental est observé au niveau des demandes de tests.

- Troisièmement, le travail au sein d'une équipe multidisciplinaire, qui est à la base de la réforme des soins primaires, permet une utilisation plus appropriée et efficiente des ressources humaines en santé.

- Quatrièmement, un nouveau système de soins primaires pourrait aussi permettre de consacrer plus de temps et d'efforts à la promotion du bien-être et à la prévention de la maladie, ce qui aiderait à réduire la demande pour les services de santé à plus long terme.

La réforme des soins primaires pourrait donc éventuellement générer des économies considérables pour le système de soins de santé. Elle entraînerait tout probablement une baisse du taux d'augmentation des dépenses en soins de santé, sinon une diminution réelle de ces dépenses. Ces « économies » pourraient être réinvesties dans le système sous la forme de services additionnels qui ne sont pas actuellement inclus dans le système de soins de santé public de certaines ou de la totalité des provinces.

Par exemple, les services de santé fournis par des personnes autres que les médecins, comme les physiothérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, pourraient être couverts (du moins pour les patients qui ne bénéficient pas actuellement de cette couverture dans le cadre d'un régime privé d'assurance-maladie). En outre, certains services diagnostiques (par ex. un test PSA pour le dépistage du cancer de la prostate) pourraient être ajoutés à liste des services couverts, tout comme les soins de réadaptation et certains dispositifs médicaux. Ici encore, on suppose que ces services seraient ajoutés uniquement dans le cas des personnes qui ne bénéficient pas déjà d'une couverture.

Les deux secteurs où le public canadien semble souhaiter le plus un élargissement de la couverture sont la pharmacothérapie et les soins à domicile. En raison de l'importance de

ces secteurs et des coûts qu'ils pourraient engendrer, nous les avons traités séparément dans les sections 8.9 et 8.10.

8.2.3 Régionalisation des services de santé

La régionalisation est un élément important de la réorganisation des soins de santé réalisée depuis le début des années 1990. En règle générale, la régionalisation comporte à la fois une décentralisation et une centralisation. La décentralisation entraîne habituellement le déplacement de la planification, de la budgétisation et du pouvoir décisionnel, qui passent des autorités provinciales ou territoriales à des organismes régionaux. La centralisation signifie que la planification et la direction des soins de santé et des services médicaux passent des établissements ou des organismes individuels aux autorités régionales.

L'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception de l'Ontario et du Yukon, ont mis en place une certaine forme de régionalisation. Les objectifs de la régionalisation comprennent la rationalisation de la fourniture des services de santé et la prestation des soins en fonction des besoins de la communauté. La régionalisation offre également la souplesse nécessaire pour que la responsabilité et la responsabilisation en matière de fourniture des soins de santé se rapprochent des personnes qui dépendent des services.

Un avantage important de la régionalisation est qu'elle permet de modifier les modes traditionnels de planification et d'affectation des crédits. En effet, on peut alors gérer et planifier de manière horizontale, ce qui a permis de réaliser des économies énormes dans certaines provinces. Ainsi, à Calgary, on a consacré des fonds à la vaccination anti-grippale des personnes âgées et généré du même coup de grandes économies en réduisant le nombre de ces personnes qui se présentaient aux urgences des hôpitaux. Avant la régionalisation, il n'était habituellement pas possible de jongler de cette façon avec les crédits.

De nombreux spécialistes croient que la régionalisation offre l'occasion d'intégrer et de mieux coordonner la fourniture de tout l'éventail des services de santé, depuis la protection de la santé et la prévention de la maladie jusqu'aux soins aigus, en passant par les soins primaires, et sans oublier les services de réadaptation et les soins de longue durée. Ils signalent également que des avantages importants peuvent être tirés de l'intégration, à l'échelon régional, des budgets des hôpitaux et des soins médicaux qui, autrement, demeureraient financés séparément. Par exemple, le conseil régional de la santé d'Edmonton a intégré tous les budgets consacrés à la fourniture des services de laboratoire. Selon les estimations, cette mesure a permis de réduire les coûts des services de laboratoire de près de 40 % du fait que les gestionnaires régionaux (en utilisant la capacité des laboratoires d'hôpital comme argument de négociation) ont conclu des marchés beaucoup plus avantageux avec les laboratoires privés que ce qui avait été possible d'obtenir pour le régime provincial d'assurance-maladie.

La régionalisation, comme la réforme des soins de santé primaires, est un élément clé pour mieux intégrer les services de santé, même si elle ne permet pas de régler tous les problèmes.

8.2.4 Passation de marché avec des établissements de santé privés à but lucratif

Pour éviter que le secteur public ne soit obligé d'assumer le coût en capital de toutes les unités spécialisées de prestation de services (souvent appelées des cliniques), on pourrait demander au secteur privé de se charger de leur construction et de leur exploitation tandis que le coût des services de santé médicalement nécessaires qui y sont offerts serait assumé par le régime public d'assurance-maladie, comme c'est le cas à la clinique Shouldice (spécialisée dans le traitement des hernies), à Toronto.

Le gouvernement de l'Alberta (dans le cadre du projet de loi 11, 2000) autorise les conseils régionaux de la santé à conclure des marchés avec des établissements privés à but lucratif pour la fourniture de certains services de santé couverts par le régime public (interventions chirurgicales mineures). D'autres pays, notamment le Royaume-Uni, autorisent les régimes privés d'assurance-maladie grâce auxquels les malades peuvent être traités dans des établissements de santé privés à but lucratif.

Les partisans de ce point de vue laissent entendre que l'impartition au secteur privé à but lucratif offre un certain nombre d'avantages comparativement à l'investissement de montants similaires dans le secteur sans but lucratif existant, qu'il soit public ou privé. À leur avis, l'impartition entraîne un meilleur accès, une diminution du temps et des listes d'attente et une efficience accrue grâce à la diminution de la demande dans les hôpitaux publics ou privés sans but lucratif. Ils laissent également entendre que la perspective de la concurrence pourrait encourager les hôpitaux publics à faire une gestion plus efficiente de leurs ressources et que les montants ainsi économisés pourraient servir à améliorer la qualité et l'accès aux soins.

Pour leur part, les opposants affirment que l'impartition aux établissements privés a pour effet de réduire l'aide financière accordée aux hôpitaux publics existants, d'où la possibilité d'une diminution de la qualité des soins qui y sont offerts. Les hôpitaux publics pourraient également perdre une partie des recettes qu'ils touchent actuellement grâce à la fourniture de services non assurés (chirurgie esthétique, commission des accidents du travail, etc.) si leurs concurrents privés à but lucratif décident d'offrir ces services.

Si les cliniques spécialisées de prestation de services appartenant à des intérêts privés sont autorisées, on reconnaît généralement qu' il faudra les superviser de près afin d'assurer le maintien de normes de qualité appropriées, comme c'est le cas dans les autres pays où des systèmes public et privé parallèles sont en place.

8.2.5 Accroissement des ressources affectées à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et à la santé de la population

Un certain nombre de spécialistes soutiennent qu'il ne faudrait pas élargir la part des fonds publics actuellement affectés à la prestation de soins de santé. À leur avis, il faudrait

plutôt rediriger une partie des fonds affectés à la fourniture des soins de santé vers la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la mise en œuvre de stratégies sur la santé de la population.

Au cours de la phase deux de l'étude, le Comité a été informé que la promotion de la santé et la prévention de la maladie pouvaient générer des avantages importants à long terme, à la fois grâce à la réduction des coûts du système de soins de santé global et à l'amélioration de la qualité de vie des Canadiens. Les spécialistes dans ce domaine affirment qu'il pourrait être possible d'obtenir un meilleur rendement pour chaque dollar investi dans la santé en faisant la promotion de modes de vie plus sains plutôt qu'en affectant le même montant au traitement de la maladie.

De même, selon les témoignages recueillis, les investissements dans des stratégies sur la santé de la population, par exemple pour le développement des jeunes enfants, l'augmentation du niveau de scolarité et une répartition plus équitable du revenu, pourraient se révéler plus profitables à long terme que l'augmentation des dépenses dans le secteur de la fourniture des soins de santé. À long terme, cette démarche pourrait réduire de façon marquée les pressions sur les coûts des soins de santé.

De toute évidence, les décisions concernant l'affectation des ressources publiques exigent nécessairement d'importants compromis et la conciliation d'intérêts opposés. Finalement, les Canadiens doivent décider quelle portion des ressources publiques devrait être affectée à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie et quelle part devrait être allouée au traitement de la maladie. De même, nous devons déterminer si les ressources gouvernementales devraient être affectées à d'autres utilisations dans le domaine de la santé, par exemple aux dossiers médicaux électroniques, à l'infostructure de la santé, à la recherche en santé, etc., plutôt qu'à la prestation directe de services de santé. Ces enjeux et ces options sont analysés plus en détail au chapitre 11, qui traite du rôle du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé de la population.

8.3 Quelle forme devrait prendre l'aide financière du gouvernement fédéral pour les soins de santé?

Comme il est expliqué dans le premier rapport du Comité, l'aide financière du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires pour les soins de santé existe depuis longtemps et les transferts fédéraux ont pris différentes formes depuis que le premier programme d'assurance-maladie a été négocié à la fin des années 1950.

Les premiers transferts fédéraux s'inscrivaient dans des accords de partage des coûts. Les contributions fédérales étaient équivalentes aux dépenses liées à la santé des provinces et des territoires et ces transferts devaient servir exclusivement aux soins de santé. Comme l'indique le rapport sur la phase un du Comité, les accords de partage des coûts comportaient un certain nombre d'inconvénients. Ils étaient imprévisibles pour le gouvernement fédéral, difficiles

à administrer et perçus comme une ingérence du gouvernement fédéral dans une sphère de compétence provinciale. En outre, ils étaient jugés rigides parce qu'ils avaient tendance à étouffer l'innovation dans le domaine de la prestation des soins de santé par les provinces.

À la suite de la mise en place du financement des programmes établis (FPÉ) en 1977, les transferts fédéraux ont pris la forme d'un programme de financement global pour la santé et l'enseignement post-secondaire. Le FPÉ comportait quatre caractéristiques principales. Premièrement, la contribution fédérale n'était plus liée aux dépenses provinciales et territoriales et le gouvernement fédéral déterminait seul le montant du transfert dans le cadre du FPÉ. Cette façon de faire a permis de régler les problèmes liés à l'imprévisibilité des coûts pour le gouvernement fédéral et à la lourdeur des procédures administratives. Deuxièmement, les fonds affectés aux deux éléments du FPÉ étaient répartis suivant des valeurs théoriques (environ 70 % pour la santé et 30 % pour l'éducation). Troisièmement, le FPÉ comportait des transferts pécuniaires et des transferts fiscaux.[9] Ces deux dernières mesures ont permis de régler les problèmes causés par la prétendue ingérence fédérale et par la dissuasion de l'innovation au niveau provincial. Du même coup, cependant, ces mesures ont également contribué à réduire la visibilité du gouvernement fédéral dans le domaine du financement de la santé. Quatrièmement, les transferts du FPÉ devaient croître suivant une échelle mobile qui tenait compte du PIB et de la croissance démographique. Cette échelle mobile s'est révélée difficile à maintenir, notamment pendant les périodes de restrictions financières, et elle a été modifiée à plusieurs occasions au cours des années 1980 et 1990 de manière à réduire et même à bloquer le taux de croissance des transferts dans le cadre du FPÉ.

En 1996, le gouvernement fédéral a fusionné le FPÉ et le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) pour créer le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Comme le FPÉ, le TCSPS est un mécanisme de financement global; il prévoit des transferts fédéraux pour les soins de santé, l'enseignement post-secondaire et l'aide sociale. Contrairement au FPÉ, la loi régissant le TCSPS n'indique pas, que ce soit en termes précis ou de façon théorique, la proportion du montant total autorisé qui doit être affectée à chacun de ces secteurs. De plus, la loi ne fait pas état de la façon dont les provinces devraient utiliser les fonds fédéraux. Contrairement au FPÉ, il n'y a pas d'échelle mobile associée au TCSPS.

Comme par le passé, les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* s'appliquent uniquement à la portion pécuniaire du TCSPS. Le gouvernement fédéral a le pouvoir de retenir les transferts pécuniaires aux provinces et territoires qui ne respectent pas ces principes. Cependant, le gouvernement fédéral ne peut pas diminuer les transferts fiscaux parce qu'il n'a pas le pouvoir d'exiger des provinces et des territoires qu'ils diminuent leurs taux d'imposition du revenu. Pour cette raison, on a souvent fait remarquer qu'il faudrait prévoir un mécanisme de retenue des transferts pécuniaires fédéraux si des principes nationaux régissant le système public d'assurance-maladie étaient adoptés au Canada. Autrement, le gouvernement fédéral ne disposerait d'aucun moyen pour persuader les provinces de respecter les principes nationaux.

---

[9] Comme il est expliqué dans le premier rapport du Comité, un transfert pécuniaire est simplement un dépôt de fonds fédéraux dans le trésor des provinces et des territoires. Un transfert fiscal est une diminution de l'impôt sur le revenu fédéral de concert avec une augmentation compensatoire de l'impôt sur le revenu provincial et territorial.

L'accord de financement actuel comporte trois principaux points faibles : un manque de visibilité fédérale, un manque de responsabilisation à l'échelon fédéral et provincial et un manque de stabilité de l'aide financière fédérale. La visibilité fédérale est faible dans le cadre du TCSPS parce qu'il n'est plus possible de déterminer, ne serait-ce que théoriquement, le niveau réel de la contribution du gouvernement fédéral à la santé. En outre, étant donné que le montant de la contribution fédérale à la santé est inconnu, il n'est pas possible de déterminer comment les provinces et les territoires utilisent les fonds fédéraux, et cette situation conduit à une responsabilisation insuffisante.

Finalement, les transferts fédéraux ont beaucoup varié au cours des 40 dernières années. De la fin des années 1950 au milieu des années 1970, dans le cadre des accords de partage des coûts, la contribution fédérale correspondait à 50 pour cent des dépenses provinciales et territoriales admissibles dans le domaine de la santé. Pendant la période du FPÉ, le gouvernement fédéral a unilatéralement restreint le taux de croissance des transferts du FPÉ. Lorsque le TCSPS a été mis en place en 1996-1997, les transferts fédéraux ont été systématiquement réduits. Depuis, le gouvernement fédéral a mis un terme aux coupes dans les transferts du TCSPS et il a même permis qu'ils augmentent à nouveau. Cependant, selon les autorités provinciales et territoriales, le gouvernement fédéral n'a pas ramené les transferts pécuniaires à leurs niveaux antérieurs.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux affirment que les mesures prises par le gouvernement fédéral, soit une restriction de la croissance des transferts suivie d'une réduction, ont eu pour effet de provoquer un « déficit de financement ». Ce déficit représente l'écart croissant, au fil du temps, entre les contributions du gouvernement fédéral au système de soins de santé sous la forme de transferts aux provinces et aux territoires, et les dépenses que les autorités provinciales et des territoriales ont dû effectuer pour faire face aux coûts croissants.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont demandé à maintes reprises au gouvernement fédéral de ramener le transfert pécuniaire du TCSPS au niveau maximum atteint en 1994-1995 et d'inclure une échelle mobile permettant d'assurer une croissance appropriée du TCSPS. À leur avis, cet investissement additionnel est nécessaire seulement pour maintenir le système de soins de santé actuel, tandis que l'élargissement du régime public, de manière à y inclure d'autres services de santé, exigerait une aide financière fédérale encore plus grande.

Dernièrement, certaines provinces ont proposé une augmentation des transferts fiscaux de manière à accroître la part provinciale et territoriale des dépenses publiques croissantes liées à la santé. En outre, dans un communiqué récent, les ministres des Finances provinciaux et territoriaux ont souligné que « les Canadiens ne peuvent attendre dix-huit mois que le commissaire Romanow dépose son rapport au Premier ministre. Il faut de toute urgence faire en sorte qu'il y ait un partage équitable des coûts croissants des programmes sociaux. »[10]

[10] Réunion provinciale-territoriale des ministres des Finances, *Communiqué*, Montréal, le 15 juin 2001. Ce communiqué est disponible sur Internet à http://www.scics.gc.ca/cinfo01/860430004_f.html.

Dans ce contexte, un certain nombre d'options ont été proposées ces dernières années concernant la conception des transferts fédéraux.

8.3.1 Retour aux accords de partage des coûts

Suivant cette option, la contribution fédérale à la santé prendrait la forme d'un pourcentage fixe des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux liées à la santé; cette mesure aurait pour effet d'accroître la visibilité du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé et d'améliorer la responsabilisation à l'échelon fédéral. Elle entraînerait également une plus grande prévisibilité et stabilité de l'aide financière fédérale en plus d'améliorer la responsabilisation au niveau provincial et territorial. En outre, cette mesure pourrait permettre de réduire le « déficit de financement », ce qui aiderait les provinces et territoires à faire face aux pressions exercées par l'accroissement des coûts. Toutefois, comme on l'a expliqué dans la partie 8.3, quand le partage des coûts a été utilisé dans les années 1960 et 1970, il comportait des inconvénients si importants qu'il a été abandonné.

Une variante de cette option a été suggérée par Tom Kent. Il a proposé non pas de rétablir le partage des coûts dans sa forme initiale (un partage moitié-moitié) mais plutôt de mettre en place un genre de « partage des coûts modifié » où la contribution fédérale serait assujettie à un plafond de 25 %.[11] L'avantage de ce plafond est qu'en imposant une limite à la contribution fédérale totale en santé, on évite le problème de l'imprévisibilité des coûts.

8.3.2 Maintien du financement global actuel

D'autres analystes soutiennent que toutes les formes de partage des coûts représentent un recul. Ils affirment que les avantages tirés des transferts fédéraux globaux, notamment la flexibilité provinciale accrue, doivent être maintenus même au prix d'une visibilité fédérale réduite. À leur avis, le suivi détaillé de l'utilisation des fonds fédéraux est inutile étant donné que le respect de la *Loi canadienne sur la santé* est suffisant pour obliger les provinces à rendre des comptes.

Cependant, il est difficile pour le public de comprendre pour quelle raison le gouvernement fédéral est incapable de déterminer si les fonds transférés aux provinces et territoires pour des objectifs précis (par exemple 800 millions de dollars affectés à la réforme des soins primaires et un milliard de dollars alloués pour de nouveaux équipements médicaux, par exemple les appareils IRM) sont réellement utilisés aux fins prévues. Ce manque de responsabilisation provinciale et territoriale face à des transferts fédéraux ciblés incite de nombreuses personnes à s'interroger sur leur valeur.

[11] Tom Kent, *What Should Be Done About Medicare?*, Caledon Institute of Social Policy, août 2000.

8.3.3 Financement global amélioré dans le cadre du TCSPS

Une question importante concernant le TCSPS touche à l'impossibilité de déterminer la contribution exacte du gouvernement fédéral en santé. On pourrait régler ce problème en déterminant la portion théorique du TCSPS affectée à la santé, comme c'était le cas avec le FPÉ. Ainsi, on assure la reconnaissance des fonds fédéraux sans toucher à la flexibilité provinciale.

Un autre point fréquemment soulevé par les provinces et territoires est l'absence d'une échelle mobile appropriée dans le TCSPS afin d'assurer la croissance continue des transferts fédéraux. Un mécanisme qui permet une croissance annuelle semble souhaitable, mais il demeure nécessaire de concevoir une échelle mobile appropriée. Il existe un certain nombre de possibilités.

L'échelle mobile initiale du FPÉ était la moyenne mobile composée sur trois ans du PIB nominal par habitant appliquée aux contributions pécuniaires par habitant et cumulée année après année. D'autres ont proposé que le transfert pécuniaire total du TCSPS soit indexé de manière à refléter non seulement l'accroissement de la population et la croissance économique, mais aussi l'incidence de la maladie et le coût des nouveaux médicaments et des nouvelles technologies de la santé. Cependant, tous ces points sont certainement pertinents mais la complexité de cette proposition rend sa mise en oeuvre difficile.

Une autre solution proposée par l'Institut C.D. Howe en réponse au problème du vieillissement de la population consiste à convertir une partie du TCSPS en une subvention pour chaque personne de 65 ans et plus (la « subvention à la santé des aînés »). Cette subvention augmenterait suivant le taux de croissance du PIB (croissance réelle plus inflation) par personne. Ainsi, les fonds supplémentaires accordés à chaque province dans le cadre de la subvention à la santé des aînés seraient proportionnels à la croissance de sa population âgée. Dans les provinces où les populations âgées augmentent relativement rapidement, la subvention aurait une répercussion notable sur les finances provinciales.

8.3.4 Comptes d'épargne-santé (CÉS)

Un certain nombre de propositions concernant des CÉS ont été présentées ces dernières années au Canada.[12] Les CÉS sont des comptes affectés à la santé, similaires aux comptes bancaires, créés pour le paiement des dépenses liées à la santé d'un particulier (ou d'une famille). Dans le cadre du système des CÉS, une partie ou même la totalité du TCSPS actuel serait placé dans des comptes santé individuels distincts. Chaque compte serait établi au moyen du dépôt d'un montant équivalent au montant moyen que le gouvernement fédéral affecte

[12] Voir les documents suivants : 1) William McArthur, Cynthia Ramsay et Michael Walker, éd., *Healthy Incentives : Canadian Health Reform in a Canadian Context*, The Fraser Institute, 1996; 2) Cynthia Ramsay, « Medical Savings Accounts », *Critical Issues Bulletin*, The Fraser Institute, 1998; 3) David Gratzer, *Code Blue – Reviving Canada's Health Care System*, ECW Press, 1999; 4) Dennis Owens et Peter Holle, *Universal Medical Savings Accounts*, Frontier Centre for Public Policy, Policy Series n° 5, juillet 2000.

actuellement par habitant aux soins de santé, et chaque personne serait responsable de son propre compte.

Les CÉS comportent habituellement des caractéristiques semblables à celles de fonds privés – chaque titulaire doit assumer une portion des dépenses liées à la santé jusqu'à une certaine limite. En outre, les CÉS sont généralement établis pour couvrir les coûts des soins de santé sur lesquels le particulier a prise (comme des dépenses médicales courantes ou mineures). Il faut y combiner un régime d'assurance-catastrophe à franchise élevée pour le paiement des soins extraordinaires et coûteux.

En règle générale, suivant cette théorie, les consommateurs prendraient des décisions plus judicieuses et économiques s'ils dépensaient leur propre argent, plutôt que de compter sur les deniers publics. Il existe plusieurs moyens différents d'organiser ces comptes, et chaque méthode doit être évaluée suivant ses mérites.

Cependant, en règle générale, on trouve parmi les arguments à l'appui de la mise en place de CÉS la possibilité qu'ils encouragent la responsabilité et la responsabilisation personnelles, qu'ils aident à réduire l'utilisation « inutile » des services, qu'ils favorisent la concurrence au niveau des prix et qu'ils encouragent la planification financière axée sur l'avenir. Les opposants au projet sont d'avis qu'il est peu probable que ces comptes permettent un contrôle efficace des dépenses ou de l'utilisation des services, et ils insistent pour dire que les pauvres seront désavantagés par rapport aux riches.

On s'accorde généralement à dire que tout projet de CÉS devra être soigneusement examiné. Cependant, il n'est pas déraisonnable de prévoir qu'un plan pourrait être élaboré afin d'éviter les embûches possibles. On pourrait d'abord envisager l'application d'un tel plan dans une sphère limitée, par exemple le paiement des services dans des établissements de soins de longue durée, où les bénéficiaires assument déjà eux-mêmes une large part des frais.

8.3.5 Convertir tous les transferts pécuniaires du TCSPS en transferts de points d'impôt

Selon une autre option proposée par les spécialistes, le gouvernement fédéral abandonnerait entièrement son rôle premier qui consiste transférer des fonds aux provinces et aux territoires aux fins de la santé. Pour ce faire, on pourrait transformer la totalité du TCSPS en transferts fiscaux.

Ce retrait complet du gouvernement fédéral du secteur du financement de la santé éliminerait l'incertitude et l'instabilité quant au niveau des transferts pécuniaires aux provinces. Cette option assurerait un partage plus clair des responsabilités et aurait probablement pour effet de réduire le risque de friction entre le gouvernement fédéral et les administrations provinciales et territoriales. Elle offrirait également aux provinces une flexibilité accrue pour

l'allocation des fonds liés à la santé et pour la réforme et le renouvellement de leurs systèmes. Les provinces mettraient en place le type de système de prestation de soins de santé le mieux adapté à leur population. Avec le temps, tout un éventail de systèmes de soins de santé existeraient au Canada.

Cependant, étant donné que les points d'impôt ont une valeur moindre dans les provinces les plus pauvres, ces mêmes provinces éprouveraient probablement des difficultés à maintenir le niveau actuel de services de santé. En outre, la *Loi canadienne sur la santé* deviendrait inutile puisque son mécanisme d'application est lié aux transferts pécuniaires fédéraux. Dans l'ensemble, cette option aurait pour effet d'élargir les écarts entre les provinces quant au niveau, à la qualité et à l'accessibilité des services de santé. Par conséquent, cette mesure ne semble pas conforme aux objectifs énoncés par le Comité au sujet du rôle du gouvernement fédéral en matière de financement.

8.4 Comment le gouvernement devrait-il générer des recettes aux fins des soins de santé?

Le gouvernement a accès à deux sources fondamentales de recettes pour payer les soins de santé : (1) les recettes générales et (2) diverses formes de paiements directs.

En ce qui concerne l'imposition générale, il existe deux méthodes possibles pour augmenter les fonds consacrés à la santé et aux soins de santé : affecter une plus grande part de l'argent disponible aux soins de santé ou accroître les recettes générales et consacrer les recettes additionnelles aux soins de santé.

La deuxième façon d'accroître les recettes consiste à mettre en place une forme de paiement des services de santé par les consommateurs. Il existe divers moyens pour ce faire, lesquels se répartissent en trois grandes catégories : les frais d'utilisation, la prise en compte des soins de santé reçus dans l'impôt sur le revenu et des primes annuelles d'assurance-maladie.

Lorsqu'on examine les frais d'utilisation et les primes, il faut également déterminer si le particulier devrait être autorisé à adhérer à un régime privé d'assurance-maladie pour se protéger contre le risque que représentent ces paiements. Le régime privé d'assurance-maladie peut également englober des services de santé reçus dans des établissements privés et même des soins qui sont également couverts par le régime public. Cette possibilité comporte une autre option, soit un régime privé d'assurance-maladie couvrant les services dispensés dans des établissements privés et qui fait concurrence au régime public couvrant les services reçus dans des établissements publics.

Toutes ces options sont examinées plus en détail ci-dessous.

8.4.1 Affecter une plus grande part des impôts existants aux soins de santé

Cette mesure signifie un accroissement de la part des budgets fédéral et provinciaux consacrés à la santé et une diminution des dépenses publiques dans d'autres secteurs. Elle comporte deux grands défauts. Premièrement, il est clair que, d'une part, les gouvernements ont d'autres grandes priorités en matière de dépenses (par exemple les routes, l'environnement, etc.) et que, d'autre part, la somme consacrée directement à la santé n'est que l'un des déterminants de l'état de santé du particulier [13] Deuxièmement, les dépenses liées aux soins de santé augmentent à un rythme beaucoup plus rapide que les recettes gouvernementales. Selon les projections, les dépenses provinciales liées à la santé augmenteront en moyenne de 5 % annuellement si les tendances actuelles de la croissance démographique, du vieillissement et de l'inflation se maintiennent.[14] Donc, l'impact de cette option sur la diminution du déficit de financement est limité.

8.4.2 Accroître les recettes générales (au moyen de l'impôt sur le revenu ou des taxes de vente) et consacrer les recettes additionnelles aux soins de santé

Cette option est influencée par la capacité et la volonté politique des gouvernements, à tous les niveaux, d'augmenter leurs recettes et elle dépend de la volonté de payer des contribuables pour produire ces recettes additionnelles. L'examen des sondages d'opinion effectués pendant la phase un de l'étude du Comité a permis de constater que les Canadiens avaient des vues partagées face à une augmentation des impôts et des taxes pour les soins de santé. La diminution de l'impôt sur le revenu des particuliers est importante pour les Canadiens, mais ceux-ci accordent également une priorité très élevée aux réinvestissements dans les soins de santé. Cependant, quels que soient les résultats des sondages d'opinion, cette option va à l'encontre des stratégies de réduction des impôts, tant au niveau fédéral que provincial, appliquées ces dernières années.

8.4.3 Frais d'utilisation

Les frais d'utilisation sont habituellement définis comme une forme de paiement effectué par le consommateur d'un service de santé au moment où le service est rendu. Il s'agit donc d'un coût initial imposé au patient. Il existe différentes formes de frais d'utilisation :

- La coassurance, la façon la plus simple d'imposer des frais d'utilisation, consiste pour le patient à payer un pourcentage fixe (disons 5 %) du coût des services reçus. Plus le coût du service est élevé, plus la coassurance l'est elle

---

[13] Les facteurs sont notamment l'éducation, la répartition du revenu, le logement, etc. Dans le document intitulé *Performance and Potential Report* (2000-2001), le Conference Board du Canada a fait remarquer que [Traduction] « les dépenses liées à la santé « évincent » les fonds pour l'éducation. Pour la première fois, les dépenses publiques liées à la santé sont supérieures aux dépenses publiques liées à l'éducation. Pourtant, la réussite à long terme du Canada dépend du développement de la population active grâce à l'acquisition continue du savoir. »

[14] Ministres de la Santé des provinces et des territoires, *Comprendre les coûts reliés aux soins de santé – Rapport final*, août 2000.

aussi. De nombreux régimes privés d'assurance-médicaments optent pour cette formule.

- La quote-part est une autre option. Au lieu de payer une part des coûts, le patient doit payer pour chaque service un montant fixe (par exemple 5 $) qui n'a pas nécessairement de rapport avec le coût du service. Le même montant est perçu quel que soit le coût du soin de santé fourni. Cette formule existe dans bien des pays comme la Suède.

- Dans un régime de franchises, le patient doit payer le coût total des services reçus pendant une période donnée jusqu'à l'atteinte d'un plafond, la franchise. Ensuite, les coûts des services fournis au patient sont couverts par le régime d'assurance. Tous les utilisateurs doivent payer une franchise minimale uniforme qui ne dépend pas de la quantité de services reçus. Cette forme de frais d'utilisation est utilisée dans certains pays.

Au Canada, les auteurs de documents sur les frais d'utilisation sont portés à conclure que ces frais dissuadent certaines personnes de chercher à obtenir des soins, qu'ils soient nécessaires ou non, et cette tendance est beaucoup plus grande chez les pauvres que chez les riches. Compte tenu de ces études, des spécialistes ont informé le Comité que les frais d'utilisation soulevaient des questions sur les plans de l'accès et de l'équité et que, suivant la façon dont ils sont appliqués, ils pourraient contrevenir à certains des principes axés sur le client énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. On pourrait éviter une partie de tous les problèmes liés aux frais d'utilisation si le montant imposé était fonction du revenu ou si les groupes à faible revenu étaient exemptés du paiement de ces frais.

Il convient de noter que le Canada est le seul pays industrialisé au monde qui interdit les frais d'utilisation pour les services de santé subventionnés par l'État. Même en Suède, que l'on considère comme l'un des pays européens les plus socialistes, les frais d'utilisation sont considérés comme « essentiels pour inciter les personnes à choisir le service le plus économique ». Les Suédois paient entre 15 et 20 dollars pour chaque visite chez le médecin et environ 12 dollars par jour en cas d'hospitalisation. Le montant total qu'une personne peut être tenue de payer chaque année est limité à environ 135 dollars.

En Suède, les frais d'utilisation ne sont pas considérés comme un facteur de limitation de l'accès. Ils ne sont pas conçus non plus comme une source de recettes. En fait, les coûts d'administration du programme des frais d'utilisation (la collecte des droits et le suivi du montant payé par chaque personne de manière à ne pas dépasser la limite établie) sont pratiquement équivalents au montant total recueilli au titre des frais d'utilisation. Le système des frais d'utilisation a été conçu en Suède pour changer le comportement des consommateurs. Cette politique repose sur le principe selon lequel les personnes doivent être conscientes que la décision d'utiliser le système de santé se traduit par des coûts pour le gouvernement, et donc pour tous les contribuables, et que, par conséquent, elles doivent utiliser le système seulement lorsqu'elles en ont vraiment besoin.

Ainsi, si des frais d'utilisation étaient imposés au Canada, il serait possible de réduire au minimum la possibilité qu'ils empêchent une personne d'avoir accès aux soins, tout en encourageant cependant chaque personne à faire une utilisation appropriée du système. Une question importante devrait être tranchée : les frais d'utilisation devraient-ilss'appliquer aux services de santé actuellement couverts par le régime public (les médecins et les hôpitaux) ou devraient-ils être envisagés uniquement pour les services non couverts?

8.4.4 Prise en compte des soins de santé dans l'Impôt sur le revenu

Suivant cette option, les patients sont tenus d'ajouter les coûts des services de santé qu'ils reçoivent au cours de l'année à leur revenu imposable. Cette proposition a été présentée à la fois comme un moyen d'accroître les recettes et comme un moyen d'encourager la responsabilisation personnelle face à l'utilisation des soins de santé. Ce type de paiement a été proposé en 1961, au début du débat sur un programme de santé financé par l'État, et il a par la suite été ramené sur le tapis en 1991 par le gouvernement du Québec[15] et en 2000 par Tom Kent[16].

Ce système comporte un certain nombre d'avantages par rapport à l'imposition de frais d'utilisation. Premièrement, la prise en compte des soins de santé dans l'impôt sur le revenu est progressive : pour une utilisation égale de services, le patient ayant un revenu plus élevé paie relativement plus que celui ayant un revenu moins élevé. Deuxièmement, ce paiement ne s'applique pas aux personnes qui ne paient pas d'impôt sur le revenu. Troisièmement, ce système permet d'éviter le problème de l'examen initial des ressources, réglant ainsi les questions d'accès et d'équité mentionnées à la section 8.4.3.

On a également proposé d'imposer une limite au supplément d'impôt sur le revenu qu'une personne devrait payer au cours d'une année et pendant toute sa vie. Cette façon de faire serait conforme au troisième objectif établi par le Comité quant au rôle de financement du gouvernement fédéral (à savoir éviter tout fardeau financier excessif). Cependant, cette option ne peut être appliquée pour le moment parce que le système de santé n'est pas organisé de manière à permettre le suivi des coûts imposés au système par chaque patient. Ce problème pourrait peut-être être réglé au moyen d'un système de dossiers médicaux électroniques (voir le chapitre 10).

Entre autres arguments contre la prise en compte des soins de santé dans le calcul de l'impôt sur le revenu , mentionnons que certaines personnes se plaindraient de payer deux fois les soins de santé, une fois par le truchement de l'impôt général et une fois par le biais de l'impôt additionnel exigé pour les services de santé reçus pendant l'année. Pour contourner cette difficulté, on pourrait affecter explicitement aux soins de santé une taxe qui serait payée par tous, comme la TPS, tandis que l'élément impôt sur le revenu viendrait essentiellement s'ajouter aux recettes de base générées par la TPS. Il conviendrait de rappeler que, lorsque le régime

---

[15] Ministère de la santé et des services sociaux, *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, Gouvernement du Québec, 1991, p. 78-82.

[16] Tom Kent, *What Should Be Done About Medicare*, The Caledon Institute of Social Policy, août 2000.

d'assurance-maladie a été créé, celui-ci était financé dans certaines provinces (par ex. la Nouvelle-Écosse) au moyen d'une taxe de vente provinciale appelée la taxedestinée aux hôpitaux.

8.4.5 Primes annuelles pour les soins de santé

Une prime pour les soins de santé est un paiement effectué par les résidents et qui aide le gouvernement à assumer les coûts du système de santé financé par l'État. Essentiellement, c'est une prime d'assurance que la personne paie pour avoir le droit d'être couverte par le régime public d'assurance-maladie. Actuellement, deux provinces, soit l'Alberta et la Colombie-Britannique, imposent des primes d'assurance-maladie. En Alberta, les taux mensuels s'élèvent à 34 $ par personne et à 68 $ pour une famille (deux personnes ou plus). En Colombie-Britannique, les primes sont de 36 $ par particulier sans personne à charge, 64 $ pour une famille de deux et 72 $ pour une famille de trois ou plus. Dans les deux provinces, des subventions sont accordées pour réduire le montant de la prime pour certaines personnes à faible revenu et pour les éliminer totalement dans le cas des personnes très pauvres.

Contrairement aux frais d'utilisation et à la prise en compte des soins de santé dans le calcul de l'impôt sur le revenu , les primes ne sont pas liées à la quantité de services reçus par une personne au cours de l'année. De plus, les primes imposées en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas liées au revenu. Par conséquent, la plupart des personnes à faible revenu paient le même montant fixe que les personnes ayant un revenu plus élevé. Les primes ne sont pas interdites par la *Loi canadienne sur la santé.*

8.4.6 Régime privé d'assurance-maladie permis pour concurrencer le régime public

Actuellement, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé,* les régimes d'assurance-maladie des provinces doivent être responsables devant le gouvernement provincial et ils doivent être sans but lucratif; ainsi, on empêche les régimes privés assurance-maladiede couvrir les services médicalement requis. En outre, la majorité des provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Ontario, Québec, et Île-du-Prince-Édouard) interdisent aux compagnies d'assurance privées de couvrir les services qui sont également couverts par les régimes publics d'assurance-maladie. Les assureurs privés peuvent couvrir uniquement des services de santé supplémentaires, par exemple les chambres à deux lits ou à un lit pendant un séjour à l'hôpital, les médicaments prescrits, les soins dentaires et les lunettes[17].

[17] Quatre provinces permettent des régimes d'assurance-maladieprivés (le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan). En Nouvelle-Écosse, les médecins retirés du régime ne peuvent pas facturer plus que le tarif général. C'est un facteur de dissuasion puisque les médecins ne peuvent ainsi pas toucher plus que s'ils travaillaient dans le système public. C'est pourquoi le besoin d'assurance privée demeure limité. À Terre-Neuve, les patients des médecins retirés du régime ont droit d'être couverts jusqu'à concurrence du montant prévu dans les tarifs. Le déboursé ne dépasse donc pas la différence entre le montant facturé et le tarif général. Au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan, les patients des médecins retirés du régime ne peuvent pas être subventionnés par le régime public, mais il n'existe pas encore de secteur privé important dans le secteur de l'assurance-maladie. Pour

Cette situation contraste fortement avec un éventail de pratiques observées dans d'autres pays industrialisés. Par exemple, en Allemagne et aux Pays-Bas, les personnes ayant un revenu annuel supérieur à un certain montant peuvent souscrire à un régime privé d'assurance-maladie. Dans ces pays, les assureurs privés doivent accepter toutes les personnes qui veulent être assurées et ils doivent fournir des services équivalents à ceux offerts dans le cadre du régime public. En Australie et en Suède, la loi exige que les primes imposées par les assureurs privés de soins de santé respectent le principe de la tarification sans distinction (c'est-à-dire un seul barème des primes sans égard à l'état de santé). Le gouvernement australien encourage activement les résidents à adhérer à un régime privé d'assurance-maladie en accordant une subvention équivalant à 30 % du coût. Au Royaume-Uni, tout comme en Australie, les résidents peuvent acheter de l'assurance privée pour couvrir les services fournis dans les hôpitaux privés de même que dans les hôpitaux publics.

Selon l'information obtenue par le Comité dans le cadre de l'examen international des systèmes de santé, le fait d'autoriser les régimes privés d'assurance-maladie peut comporter certains avantages, y compris un meilleur choix pour le patient, une concurrence accrue et de meilleures économies dans le secteur public.

Afin de permettre aux assureurs privés d'offrir une couverture similaire à celle offerte dans le cadre du régime public d'assurance-maladie au Canada, il faudrait modifier la législation fédérale et provinciale qui interdit actuellement cette pratique. Dans le cas de la loi fédérale, il faudrait revoir le principe d'administration publique (payeur unique) énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé.*

Les défenseurs du régime privé d'assurance-maladie proposent la mise en place de mesures de protection dans le but d'assurer que : 1) l'assurance privée est administrée dans un cadre non limitatif (tous les demandeurs sont acceptés et non seulement ceux en meilleure santé; 2) le resquillage est évité en plaçant tous les patients sur le même plan; et 3) l'assurance privée ne se réserve pas les soins les plus faciles et ne compte pas sur le système financé par l'État pour les soins plus difficiles.

8.5 L'impact des options de financement sur le changement comportemental

Lorsqu'on examine les diverses options de financement, il est important de garder en mémoire que chaque option a un impact sur le comportement de même qu'un impact financier. Voici trois exemples pour illustrer ce point.

Premièrement, comme il est expliqué ci-dessus dans la section sur la garantie des soins offerte en Suède (section 7.4), lorsque les administrateurs d'hôpital se sont vu imposer une sanction financière si le temps pendant lequel un patient se trouve sur une liste d'attente dépasse

---

plus de détails, voir Colleen Flood et Tom Archibald, *Legal Constraints on Privately-Financed Health Care in Canada : A Review of the Ten Provinces*, avril 2000, Dialogue on Health Reform, Atkinson Foundation.

la durée maximale établie, des changements ont été apportés au fonctionnement des hôpitaux et les listes d'attente ont considérablement diminué. Par contre, lorsque la garantie des soins a été abandonnée, les listes d'attente ont recommencé à s'allonger. De toute évidence, le comportement des administrateurs d'hôpital et du personnel hospitalier a été influencé par le fait que l'établissement était pénalisé si les listes d'attente étaient trop longues.

Deuxièmement, selon les témoignages recueillis, le remplacement d'un mode de rémunération à l'acte par un mode de rémunération en fonction de la population a pour effet d'inciter les médecins à ne plus fournir le plus de services possibles mais plutôt à fournir seulement les soins nécessaires. Par exemple, un médecin qui travaille dans le cadre d'un système de paiement par capitation est incité à faire faire uniquement les tests qui sont véritablement requis puisque les tests sont payés à même le montant fixe que touche le médecin pour les soins au patient. Lorsque les tests ne sont plus « gratuits » pour le médecin, comme c'est le cas actuellement, on observe un changement de comportemental au niveau des demandes de tests.

Troisièmement, examinons les frais d'utilisation imposés en Suède. Comme il est indiqué plus haut, les Suédois paient environ 15 à 20 dollars pour chaque visite chez le médecin et 12 dollars par jour d'hospitalisation, la limite annuelle étant de 135 dollars. Selon les témoins, le coût d'administration des frais d'utilisation est presque équivalent au moment total recueilli . En Suède, les frais d'utilisation ne visent pas à générer des recettes mais plutôt à modifier le comportement des consommateurs. La politique publique repose sur le principe selon lequel les personnes doivent être conscientes que la décision d'utiliser le système de santé se traduit par des coûts pour le gouvernement, et donc pour tous les contribuables, et que, par conséquent, elles doivent utiliser le système seulement lorsqu'elles en ont vraiment besoin.

Malheureusement, comme l'ont souligné de nombreux témoins, le système actuel incite très peu les fournisseurs de soins de santé au Canada à réduire leurs coûts ou à tendre vers une meilleure intégration (par une réforme des soins primaires par exemple). De même, le système canadien n'encourage pas les consommateurs de soins de santé à se servir du système d'une manière sérieuse.

Non seulement le système canadien n'incite-t-il pas les fournisseurs à réaliser des économies par l'intégration, mais il les encourage à recourir souvent au service le plus cher. La *Loi canadienne sur la santé* oblige de fournir les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires sans frais pour le patient mais la Loi ne contient pas d'obligation semblable pour ce qui est fournir des façons moins chères (et souvent plus efficaces) de traiter un patient, comme les médicaments administrés à l'extérieur de l'hôpital, les soins à domicile ou l'aide à la vie autonome. La plupart des provinces paient une partie de ces services. Toutefois, il est plus avantageux pour le fournisseur, qui agit dans l'intérêt du patient, de surutiliser des services hospitaliers et médicaux chers mais payés par le gouvernement au lieu de recourir à d'autres services moins chers mais relativement peu subventionnés.

Pour ce qui est d'encourager les utilisateurs à réduire les coûts, certains faits sont bien clairs. D'abord, il faut bien se rappeler que bon an mal an de 80 % à 90 % des coûts de santé (selon l'âge et le sexe) sont attribuables à une maladie invalidante (aiguë ou chronique). Ainsi, quel que soit le régime d'assurance, privé ou public, des frais d'utilisation annuels modestes contribueront très peu à faire contrepoids.

Deuxièmement, il ne semble pas y avoir de moyen administrativement simple de régler le problème de la surconsommation des services de santé sauf exclure certains services de la couverture (ou limiter le nombre de fois qu'un service peut être offert à un patient donné à l'intérieur d'une certaine période).

Évidemment, l'autre manière de limiter la surconsommation des services est d'imposer des frais d'utilisation relativement importants. Les frais d'utilisation peuvent être fixés à des niveaux plus élevés pour les services susceptibles de faire l'objet d'une surutilisation plutôt que pour les services ayant trait à une maladie incontrôlable ou invalidante. Le problème engendré par des frais d'utilisation élevés pour des services médicalement nécessaires est qu'ils réduisent les ponctions faites au système public en écartant les personnes pauvres et malades du système au lieu de réduire les abus. Il ne fait aucun doute qu'il existe des abus; tous les régimes d'assurance font l'objet d'un risque moral. Mais il est tout aussi vrai que tout régime d'assurance qui a recours à des frais d'utilisation élevés pour rationner des services médicalement nécessaires écartera les moins bien nantis qui ont le malheur de nécessiter des services dispendieux.

Il demeure que les frais d'utilisation peuvent jouer un rôle très utile en dirigeant la demande vers des services de santé moins chers sans diminuer l'accès aux services médicalement nécessaires. Mais ce n'est possible que si un service moins cher est disponible et constitue un service assuré.

Les exemples et commentaires ci-dessus, ainsi que l'expérience des autres pays ayant un régime universel d'assurance-maladie , montrent que la façon dont le système de santé est financé peut contribuer à réaliser les objectifs premiers de la politique publique, soit fournir les meilleurs soins de santé possibles au coût le plus bas. Tout cela soulève des questions relativement à la structure du financement des soins de santé au Canada :

- la structure financière devrait-elle faire en sorte que toutes les personnes intéressées par le système – les consommateurs, les fournisseurs, les administrateurs d'établissements de santé, etc. – sont encouragées à utiliser celui-ci de la façon la plus efficiente possible?
- devrait-on utiliser des incitatifs pour aider les patients à comprendre que, tout comme ils ont l'impression d'avoir droit à un régime de santé universel, ils ont aussi la responsabilité d'utiliser ce droit de façon raisonnable et judicieuse?

Les réponses des lecteurs à ces questions auront une incidence directe sur le choix du futur système de financement des soins de santé.

8.6 Un système de santé à deux vitesses

Dans le rapport de la première phase, le Comité a établi les différentes significations du principe d'un système de santé à deux vitesses. Il s'agit en fait d'un régime où cohabitent deux systèmes : un système public financé par l'État et un système financé par des sources privées. Cette définition suppose que l'accès aux services de santé est déterminé par la capacité de payer et non pas par le besoin. Autrement dit, les personnes qui en ont les moyens peuvent obtenir des soins de meilleure qualité ou être soignés plus rapidement dans le système privé et le reste de la population continue de recevoir des soins dans la mesure des possibilités du système public.

Parmi les solutions proposées ci-dessus, notamment l'imposition de droits d'utilisation des services publics, les comptes d'épargne santé et l'assurance-maladie privée, certaines peuvent soulever des interrogations au sujet des conséquences éventuelles d'un régime à deux vitesses. Pour éviter les effets pervers d'un régime à deux vitesses, il a été proposé trois mesures qui permettraient en même temps de maintenir la qualité du système public.

- Que tous les médecins soient tenus de faire un certain nombre d'heures de travail dans le système public, de sorte qu'ils ne seraient pas autorisés à travailler exclusivement dans le système privé;
- que le système public fixe une limite de temps pour les différentes procédures et qu'il s'engage à payer les frais du traitement en régime privé lorsque cette limite est dépassée;
- que soit créé un organisme indépendant chargé de veiller à ce que les moyens technologiques dont dispose le système public soient au moins égaux aux moyens disponibles dans le système privé.

Le Comité souhaiterait obtenir les opinions des Canadiens au sujet d'un système à deux vitesses, dans la mesure où les conditions susmentionnées seraient respectées.

8.7 Services assurés et bénéficiaires du régime public d'assurance-maladie

La *Loi canadienne sur la santé* couvre les services hospitaliers et médicaux jugés médicalement nécessaires, sauf que la notion de nécessité médicale n'est pas définie . De plus, la Loi ne prévoit pas de mécanisme permettant de désigner les services de santé médicalement nécessaires. Par conséquent, il incombe à chaque gouvernement provincial et territorial (de concert avec les associations médicales intéressées) de choisir les services assurés par le régime d'assurance-maladie. Comme les différents gouvernements provinciaux et territoriaux n'utilisent

pas une seule et même méthode pour définir la prestation de soins de santé complets, le régime public n'englobe pas les mêmes services partout au pays.

De plus, la Loi reste centrée sur les services hospitaliers et médicaux. Lors de l'adoption de la Loi, en 1984, les hôpitaux fournissaient beaucoup d'autres services (médicaments, réhabilitation, convalescence et soins palliatifs) qu'ils n'offrent plus aujourd'hui. De plus en plus, ces services sont fournis à la maison ou dans la collectivité par un éventail plus large de fournisseurs de soins (infirmières, infirmières praticiennes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.), de sorte qu'ils échappent désormais au champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Cela explique que l'on note entre les provinces de grands écarts dans les soins à domicile, les médicaments prescrits, les soins palliatifs, les soins institutionnels à long terme, les soins dentaires et oculaires, etc. qui sont couverts par le régime d'assurance-maladie.

Étant donné cette diminution des soins institutionnels, le Forum national sur la santé de 1997 a proposé que le régime public soit réorienté en fonction des soins et non pas du lieu. Des intervenants ont spécifiquement recommandé que le gouvernement fédéral inscrive des services additionnels, notamment les soins à domicile et des médicaments prescrits, sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé*.

En bout de ligne, il s'offre deux grands possibilités en ce qui concerne les services visés par le régime public, soit le retrait de certains services, soit l'élargissement du régime.

8.7.1 Retrait de certains services

Certains estiment que le régime public ne peut tout donner à tout le monde et en même temps rester abordable. Selon ces personnes, il est irréaliste d'attendre des services illimités, ne serait-ce que dans les hôpitaux et de la part des médecins, dans un contexte de restrictions budgétaires. C'est ainsi qu'il a été proposé de retirer du régime certains services offerts gratuitement, de manière à économiser de l'argent.

Or, on ne s'entend pas sur la formule à employer pour choisir les services à retirer du régime public. De plus, des données en provenance de l'Oregon, où des expériences de ce genre ont été menées, indiquent que les économies réalisées sont minimes. Enfin, des études concluent au risque réel, en adoptant cette optique, que les services à retirer du régime public soient choisis davantage sur la foi de considérations économiques que de critères de nécessité médicale.

Quoi qu'il en soit, le Comité étant convaincu de la nécessité de trouver de nouvelles sources de financement, il faudra réduire les services si les Canadiens ne s'entendent pas pour explorer de nouvelles sources de financement; soit que le rationnement actuel continue, avec les listes d'attente que l'on connaît, et c'est la solution actuellement retenue par les gouvernements, soit que l'on prenne des mesures en vue de retirer explicitement des services du régime public.

8.7.2 Élargissement du régime

D'autres analystes, en revanche, voient la nécessité d'élargir le régime public. Nous l'avons vu, la *Loi canadienne sur la santé* vise principalement les services hospitaliers et médicaux. Bon nombre de Canadiens croient que la portée de la Loi devrait être élargie de manière à englober davantage de services. Les deux domaines où le public semble souhaiter le plus un élargissement du régime sont les médicaments prescrits et les soins à domicile. Étant donné l'importance de ces services et leurs coûts éventuels, leurs tenants et aboutissants font l'objet d'une analyse détaillée aux sections 8.9 et 8.10, ci-dessous.

8.8 Médicaments prescrits : réduction des coûts

Au cours des dernières années, c'est au titre des médicaments prescrits que les coûts ont augmenté le plus rapidement, dans le régime de santé. Au cours de la phase deux de son étude, le Comité a pris connaissance de différentes informations, notamment :

- des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) montrent que les dépenses consacrées aux médicaments au Canada sont en hausse constante, depuis 25 ans, passant de 1,1 milliard de dollars en 1975 à 14,7 milliards de dollars en 2000;
- pendant la même période, la part occupée par les médicaments dans le budget global de la santé a augmenté : en 1975, les médicaments représentaient environ 9 % des dépenses en santé; en 2000, cette proportion était passée à 16 %;
- depuis 1997, les dépenses consacrées aux médicaments devancent les dépenses liées aux services des médecins et suivent, en deuxième place, les dépenses des hôpitaux;
- les dépenses par habitant consacrées aux médicaments au Canada continuent d'augmenter plus rapidement que les dépenses dans d'autres secteurs clés de la santé, notamment les hôpitaux et les médecins; en fait, entre 1990 et 2000, les dépenses par habitant consacrées aux médicaments ont augmenté de près de 93 %, soit plus du double de l'augmentation moyenne des autres dépenses de santé (40 %).

Les médicaments prescrits représentent le gros des dépenses consacrées aux médicaments (77 % en 2000 par rapport à 72 % en 1975). En 1975, le volet privé (régimes collectifs d'assurance-médicaments offerts par l'employeur, compagnies d'assurance privées et dépenses payées par le consommateur) représentait 80 % des dépenses liées aux médicaments prescrits. En 2000, la valeur du volet privé avait diminué à 57 %. Pendant la même période, la part des médicaments prescrits financés par les deniers publics (gouvernements provinciaux et territoriaux et gouvernement fédéral) est passée de 20 % en 1975 à 43 % en 2000.

Il convient donc de se demander ce que l'on peut faire pour limiter la hausse des coûts des médicaments prescrits imposés aux régimes publics d'assurance-maladie. Les propositions suivantes ont été présentées au Comité.

8.8.1 Liste nationale des médicaments admissibles

L'idée d'une liste nationale des médicaments a été évoquée un certain nombre de fois au cours de l'étude du Comité. Typiquement, il s'agit d'une liste de médicaments fournis en vertu d'un régime public d'assurance-médicaments. Une liste « nationale », que proposent certains experts, ne signifie pas que le gouvernement serait la seule instance chargée de déterminer les médicaments qui y figureraient. Au contraire, une liste nationale serait le fruit de la collaboration des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, avec le concours des intervenants intéressés.

Pour analyser ce sujet, il importe de comprendre le processus en vertu duquel est ajouté à la liste un nouveau médicament qui sera fourni par un régime provincial d'assurance-médicaments ou par le régime fédéral, dans le cas des personnes dont les soins de santé relèvent du gouvernement fédéral (voir la section 3.5, qui traite du rôle du gouvernement fédéral en matière de prestation de services).

Lorsqu'un nouveau médicament arrive sur le marché, les fonctionnaires chargés de la liste des médicaments reçoivent une demande d'inscription. Il incombe alors à ces fonctionnaires d'évaluer ce nouveau médicament et de decider s'il y a lieu de l'inscrire. Les sociétés pharmaceutiques ont intérêt à ce que le nouveau médicament figure sur la liste car, dans la négative, les ventes sur le territoire visé par la liste seront très limitées. On comprend donc que les sociétés pharmaceutiques travaillent très fort pour faire inscrire leurs nouveaux médicaments sur la liste.

Le Comité a appris que ce système donne lieu à deux situations. Premièrement, dès lors qu'un médicament est inscrit sur la liste d'une province, il est difficile (voire impossible) à une autre province de refuser de l'inscrire sur sa liste. Deuxièmement, beaucoup de provinces, surtout les moins populeuses, ne disposent pas des spécialistes voulus pour déterminer si un nouveau médicament offre des avantages qui justifient son inscription à la liste (ce qui peut nécessiter le retrait d'un médicament déjà approuvé).

La solution pourrait consister à établir une liste nationale (et non pas fédérale) de médicaments admissibles; cette idée a été lancée par de nombreux témoins qui se sont présentés devant le Comité. Voici les avantages généralement évoqués d'une liste nationale des médicaments admissibles :

- élimination de la possibilité qu'une province se sente obligée d'ajouter un médicament à sa liste parce qu'une autre province l'a déjà fait;

- capacité accrue de faire les recherches destinées à démontrer que les avantages d'un médicament nouveau (et plus cher) constituent un progrès important par comparaison à des médicaments existants (et moins chers), étant donné que ces recherches seraient réalisées à l'échelon national et non plus par différents gouvernements provinciaux.

La création d'une liste nationale de médicaments admissibles pourrait conduire à l'établissement d'un seul organisme acheteur, qui servirait tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral. Le pouvoir d'achat d'un tel organisme serait colossal et cela aiderait probablement les régimes publics d'assurance-médicaments à obtenir le meilleur prix des sociétés pharmaceutiques.

Au cours des audiences de la phase deux, le Comité a appris que l'on discutait d'une liste commune des médicaments au sein de différents gouvernements provinciaux et territoriaux. Plus précisément, après leur conférence d'août 2000, les premiers ministres provinciaux et les dirigeants territoriaux sont convenus de collaborer et de charger leur ministre de la Santé d'élaborer des méthodes en vue d'évaluer et d'apprécier les médicaments prescrits. L'une de ces méthodes pourrait consister à mettre en place un processus consultatif interprovincial et interterritorial d'évaluation des médicaments en vue de leur inscription aux régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments.[18]

Le Comité sera heureux de recevoir des avis sur la faisabilité d'une liste nationale des médicaments admissibles et sur ses éventuels effets. Le Comité souhaiterait tout particulièrement savoir comment l'administration d'une liste nationale pourrait être organisée de manière à être indépendante du gouvernement (à noter que le gouvernement fédéral participerait au processus en vertu de sa responsabilité en matière de prestation de services de santé à certains groupes et non pas d'un rôle constitutionnel). De plus, dans le cadre d'une discussion sur une éventuelle liste nationale de médicaments, le Comité voudrait savoir si l'on doit envisager la création d'un organisme national d'achat de médicaments et, dans l'affirmative, quel devrait être son mode de fonctionnement.

8.8.2 Usage obligatoire du médicament efficace le moins cher

Les ressources publiques disponibles pour les soins de santé étant limitées, il convient de reconnaître la nécessité d'une gestion stricte des médicaments en fonction des coûts et des avantages; cela consiste notamment à n'inscrire que les médicaments prescrits les plus économiques. Pendant de nombreuses années, les hôpitaux dotés de budgets globaux ont dû faire des choix difficiles quand il s'agissait d'inscrire les médicaments sur leur liste interne. Ces choix étaient faits par les comités de pharmacie et de thérapeutique (CPT) des hôpitaux, et les médecins les ont acceptés parce qu'ils avaient été faits par leurs pairs. Certains croient que les

[18] Quarante et unième Conférence annuelle des premiers ministres des provinces. Communiqué : *Les engagements des premiers ministres envers leurs citoyens en matière de santé*, Winnipeg, le 11 août 2000 (disponible sur le site : www.scics.gc.ca/cinfo00/850080017_f.html)

médecins auraient du mal à accepter que la formule de l'examen par un CPT soit employée pour limiter l'inscription de tous les médicaments prescrits.

Quoi qu'il en soit, au cours des dernières années, les régimes provinciaux d'assurance-médicaments ont commencé à utiliser leur politique de remboursement pour encourager les médecins à remplacer des pharmacothérapies classiques par d'autres. Il arrive qu'un médicament ne figure tout simplement pas sur la liste, quand il est plus cher que d'autres médicaments aussi efficaces pour traiter certaines pathologies. Dans d'autres cas, un programme de médicaments gratuits (par exemple le Régime de médicaments gratuits de l'Ontario) exigera une autorisation spéciale pour payer un médicament plus cher quand il est préféré à une solution moins chère du fait qu'il est requis pour l'une et non pas la totalité de ses indications. La politique de prix de référence de la Colombie-Britannique sert le même objectif. En vertu de cette politique, le gouvernement de la province rembourse le prix d'un médicament à hauteur du prix d'un médicament de référence d'une catégorie thérapeutique donnée, à moins de nécessité d'utiliser le produit le plus cher, sur la foi de l'évaluation du médecin et à condition que ce produit soit préalablement approuvé par le régime.

Bref, certains régimes provinciaux d'assurance-médicaments encouragent déjà les médecins à substituer des pharmacothérapies. Il faut toutefois répondre à ces difficiles questions de principe :

- jusqu'où peut aller un gouvernement pour imposer la substitution de pharmacothérapies en fonction du médicament équivalent le moins cher?
- dans quelle mesure un gouvernement peut-il imposer une telle politique?

Un mécanisme de qualité et largement accepté d'expertise scientifique et clinique, à l'appui des choix des médicaments de substitution, a plus de chances d'être accepté par les médecins et toléré par le public.

On peut alors se demander si l'ensemble des intervenants, soit les gestionnaires de régimes publics et privés d'assurance-médicaments, les médecins et les pharmaciens, Santé Canada (à titre d'organisme fédéral responsable de la sécurité des médicaments), les patients et l'industrie pharmaceutique, devraient être tenus de travailler ensemble pour produire des avis communs dont se serviraient et les assureurs et les prescripteurs pour déterminer les médicaments qui peuvent être substitués à d'autres. Une telle collaboration viserait à rendre la prescription de médicaments et la gestion des prestations pharmaceutiques plus économiques et à améliorer la qualité des soins grâce à une meilleure identification des meilleurs traitements, l'élimination de traitements inefficaces ou de ceux qui présentent des risques évitables d'effets indésirables.

Une telle collaboration viserait donc à assurer i) une orientation nationale efficace et opportune pour l'établissement de listes de médicaments (ou d'une liste nationale) et ii) une

orientation nationale opportune, pertinente et acceptée pour les prescriptions et qui pourrait être adaptée aux besoins locaux.

La collaboration proposée pourrait être intégrée à un système renforcé de surveillance post-commerciale des médicaments prescrits, dirigé par Santé Canada, et à un système national d'information sur l'utilisation des médicaments qui procurerait une analyse détaillée des prix des médicaments, de leur mode d'emploi et des facteurs de coût de chaque catégorie de pharmacothérapie, des informations qui permettraient de prendre de meilleures décisions en matière de gestion des listes, de prescription et de réglementation (sécurité des médicaments); de plus, la collaboration profiterait de tels systèmes.

8.8.3 Publicité sur des médicaments prescrits au consommateur

En ce qui concerne les coûts des médicaments prescrits, on peut également se demander de quelle manière les compagnies pharmaceutiques devraient être autorisées à faire de la publicité sur ces médicaments. Actuellement, Santé Canada interdit la publicité directe aux consommateurs et limite la publicité sur les médicaments prescrits aux seuls fournisseurs de soins de santé. Dans la plupart des pays industrialisés, il est interdit de destiner directement au consommateur une publicité sur les médicaments prescrits. Aux États-Unis, où il est permis d'annoncer des médicaments prescrits (l'industrie pharmaceutique consacre des centaines de millions de dollars chaque année à la publicité dans ce pays), des études montrent qu'une très grande proportion des prescriptions délivrées par les médecins, et en particulier les médecins de famille, découlent de la demande des patients qui ont vu la publicité pour le médicament en question. Faut-il s'en étonner, quand on sait que la publicité est destinée à faire monter la demande?

Certains font valoir que, pour éviter une augmentation correspondante de la demande de médicaments prescrits au Canada, le gouvernement fédéral devrait maintenir l'interdiction sur la publicité de médicaments prescrits. Trois arguments sont habituellement opposés au maintien de l'interdiction de publicité.

a) le consommateur a le droit de connaître les médicaments prescrits qui sont disponibles;

b) les sociétés ont le droit de communiquer avec le consommateur, en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*;

c) les médicaments sont déjà annoncés aux États-Unis et les Canadiens peuvent voir ces publicités sur les canaux de câble américains ou sur Internet; par conséquent, l'interdiction canadienne est inutile et devrait donc être levée.

Au sujet du point a), il s'agit de savoir dans quelle mesure on doit monnayer le droit de savoir du consommateur contre le coût accru des médicaments, qui sera le résultat inévitable de la publicité sur les médicaments prescrits au Canada.

Au sujet du point b), les avocats constitutionnalistes sont partagés sur la constitutionnalité de l'actuelle interdiction de publicité. Certains estiment toutefois que, s'il est décidé d'établir une liste nationale des médicaments admissibles, l'on pourrait éviter l'écueil constitutionnel en intégrant aux principes créateurs de la liste une politique voulant que tout médicament qui au Canada n'est pas annoncé seulement aux médecins soit exclu de la liste.

Au sujet du point c), le débordement frontalier des publicités sur les stations américaines de télévision par câble pourrait être éliminé; le gouvernement fédéral pourrait utiliser ses pouvoirs pour ordonner au CRTC d'exiger des câblodistributeurs canadiens qu'ils substituent d'autres annonces aux publicités américaines portant sur des médicaments prescrits.

La grande disponibilité d'informations sur la santé sur Internet constitue un nouveau sujet de préoccupation. À toutes fins pratiques, il semble impossible de juguler le flot de publicités qui traversent la frontière par le cyberespace.

Voilà des questions de principe fédérales au sujet desquelles le Comité souhaite recueillir les opinions des lecteurs du présent rapport.

8.9 Médicaments prescrits – Élargissement de la protection

La plupart des Canadiens disposent d'une certaine forme d'assurance-médicaments, qu'ils s'agisse d'un programme gouvernemental, d'un régime privé collectif (offert par l'employeur) ou d'un régime individuel. Toutefois, la *Loi canadienne sur la santé* ne visant pas les médicaments prescrits à l'extérieur de l'hôpital, la protection publique varie énormément d'une province à l'autre. De même, les assurances privées pour les médicaments prescrits qui sont offertes par des régimes collectifs de l'employeur ou par un régime individuel diffèrent considérablement de par leur nature, les critères d'admissibilité et les frais à payer.

Les informations fournies au Comité par la Société canadienne d'indemnisation pour les assurances de personnes (SIAP) indiquent qu'environ 97 % des Canadiens disposent d'une certaine assurance pour les médicaments prescrits.

- Les régimes collectifs d'assurance offerts par l'employeur constituent la principale source d'assurance des Canadiens (57 % de la population);
- les régimes provinciaux d'assurance-médicaments des personnes âgées et des assistés sociaux représentent respectivement 12 % et 10 % de la population;
- les programmes provinciaux visant la population en général (c'est-à-dire qui ne sont pas limités aux personnes âgées ou aux assistés sociaux) représentent une autre tranche de 15 % de la population;
- divers autres régimes (polices individuelles, groupes d'affinités, etc.) représentent 1 % de la population;

- les régimes destinés aux Indiens inscrits et aux Inuits et Innus admissibles représentent environ 2 %.[19]

Environ trois pour cent de la population canadienne n'aurait aucune assurance pour les médicaments prescrits. Le Comité a appris que la plupart de ces personnes sont des adultes en âge de travailler. Des données qualitatives indiquent également que les personnes de ce groupe ont le profil d'emploi suivant : il s'agit principalement d'ouvriers non spécialisés, de petits salariés, d'employés à temps partiel, d'employés saisonniers et de chômeurs occasionnels. De plus, parmi les personnes qui disposent d'une certaine protection, on note de grandes fluctuations dans la nature et la qualité de cette protection.

Le Comité a appris qu'il existe d'importants écarts interprovinciaux dans la protection offerte en matière d'assurance-médicaments. Le Tableau 1 montre que cinq prvinces (la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario et le Québec) affichent une protection à 100 % en ce sens que les programmes provinciaux offrent une protection minimale à tous les résidents. En Alberta, le gouvernement provincial offre à tous les résidents un programme public d'assurance-médicaments financé par les cotisations — Alberta Blue Cross. Les Albertains qui n'ont pas d'assurance-médicaments (17 %) disposent d'un régime public mais ont décidé de ne pas y adhérer pour ne pas payer la cotisation. Les provinces de l'Atlantique de distinguent par une protection beaucoup moindre que dans le reste du Canada. En fait, il n'existe pas de programmes publics d'assurance-médicaments qui protègent tous les résidents des provinces de l'Atlantique.

TABLEAU 1
PROPORTIONS DE LA POPULATION
PROFITANT D'UNE ASSURANCE-MÉDICAMENTS

	Proportion (%)
Canada	97
Terre-Neuve	65
Île-du-Prince-Édouard	73
Nouvelle-Écosse	76
Nouveau-Brunswick	67
Québec	100
Ontario	100
Manitoba	100
Saskatchewan	100
Alberta	83
Colombie-Britannique	100

Ces écarts interprovinciaux traduisent des différences importantes dans les protections offertes par les régimes d'assurance-médicaments, notamment ce qui est offert aux groupes qui ne sont pas des personnes âgées à faible revenu et des assistés sociaux, lesquels sont

[19] Société canadienne d'indemnisation pour les assurances de personnes, *Drug Expense Insurance in the Canadian Population*, 1998.

assurés presque entièrement dans toutes les provinces. Les différences entre les provinces reflètent également des protections différentes offertes par des régimes privés. Le Comité a appris que toutes les provinces perçoivent actuellement des taxes sur les primes et que l'Ontario et le Québec perçoivent des taxes de vente sur les régimes privés d'assurance-maladie. Le fardeau fiscal additionnel d'un milliard de dollars est un important facteur pour dissuader de recourir à des régimes privés, qui représentent les principaux programmes d'assurance-médicaments.

De telles différences entre les provinces soulèvent des questions de politique publique et il en est de même pour les particularités fiscales susmentionnées. Toutefois, la question de la politique publique devient encore plus impérieuse quand on prend en considération l'objectif consistant à éviter les contraintes financières excessives, lequel a été déterminant dans l'élaboration de la politique canadienne de la santé. Malgré des taux de protection relativement élevéspour les médicamentsdans l'ensemble du Canada, de nombreux Canadiens ne sont pas à l'abri de « contraintes financières excessives » que pourraient causer l'achat de coûteux médicaments.

Les pharmacothérapies modernes peuvent engendrer des dépenses très élevées, et cela se produit de plus en plus. La *Loi canadienne sur la santé* prévoit seulement le remboursement des médicaments prescrits à l'hôpital. Par conséquent, de nombreux Canadiens s'exposent de plus en plus à des difficultés financières causées par l'achat de médicaments très chers hors de l'hôpital, et ce risque devient souvent réalité dans les faits.

Les informations fournies au Comité portent à conclure que les personnes qui sont actuellement à l'abri de telles contraintes financières sont :

1. les Canadiens protégés par un régime privé d'assurance-médicaments qui limite le montant que l'assuré doit payer à l'achat d'un médicament;
2. les Canadiens prestataires de l'aide sociale et les personnes âgées à faible revenu car ces groupes sont admissibles à l'assurance publique qui les met à l'abri des coûts élevés des médicaments prescrits dans toutes les provinces;
3. les Canadiens habitant une province où des régimes publics d'assurance-médicaments limitent le montant qu'un assuré doit verser à l'achat de médicaments prescrits (Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario, Québec et Saskatchewan).

Toutefois, la protection fournie par les différents régimes n'est ni uniforme ni absolue. Par exemple, le genre de protection décrite ci-dessus n'est pas automatique dans toutes les provinces susnommées et seuls quelques régimes privés limitent la responsabilité financière des assurés.

Dans les quatre provinces de l'Atlantique, il n'existe pas de régime public limitant la responsabilité des personnes et des familles à l'égard des coûts élevés des médicaments

prescrits. De plus, les assurances-médicaments privées sont généralement moins courantes dans la région de l'Atlantique. En fait, une étude récente financée par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) de Santé Canada conclut que plus de 25 % des habitants de la région de l'Atlantique ne possèdent pas d'assurance-médicaments prescrits et que 25 % des personnes habitant cette région sont sous-assurés.[20] Il est clair qu'il faut améliorer sensiblement la protection des résidents des provinces de l'Atlantique au titre de l'assurance-médicaments.

Ces constatations générales ont été placées dans un contexte humain particulier grâce au cas d'un Canadien de l'Atlantique dont la situation a été portée à la connaissance du Comité. Cet homme, bibliothécaire professionnel et pourtant cotisant à un bon régime d'assurance de son employeur , doit débourser de sa poche quelque 17 000 dollars par année pour payer une partie des médicaments dont sa femme a besoin et qui coûtent environ 50 000 dollars par année. Cet exemple montre bien que même les personnes bénéficiant d'un excellent régime d'assurance-médicaments ne sont pas à l'abri des difficultés financières à cause des coûts exhorbitants des médicaments.

8.9.1 Initiative nationale d'assurance-médicaments

Le problème consiste donc à trouver le moyen d'offrir une meilleure protection au titre des médicaments prescrits. Au cours des dernières années, un certain nombre d'experts ont recommandé que le gouvernement fédéral élabore une initiative nationale d'assurance-médicaments, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, dans le but d'élargir la protection aux pharmacothérapies médicalement nécessaires. Une initiative nationale d'assurance-médicaments élargirait la protection aux personnes non assurées ou mal assurées et permettrait de fournir à l'ensemble de la population des prestations d'assurance-médicaments plus uniformes.

Il n'existe pas de modèle unique pour une initiative pancanadienne d'assurance-médicaments et un certain nombre de questions complexes peuvent influencer la conception d'un tel programme. Par exemple, il faut :

- choisir les assurés (garantir l'universalité ou limiter la protection à des groupes particuliers comme les personnes âgées ou les assistés sociaux);
- déterminer la protection à offrir (tous les médicaments prescrits ou seulement certaines catégories);
- établir l'orientation du programme (payer la totalité des frais des médicaments ou se protéger contre les dépenses élevées en médicaments);
- déterminer le mode de financement (financement public ou financement mixte assorti de franchises, de participation aux coûts, etc.);

---

[20] Applied Management et Fraser Group Tristat Resources, *Canadians Access to Insurance for Prescription Medicines : Volume 2 – The Un-Insured and Under-Insured*, présenté au Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada, en mars 2000.

- déterminer le mode de réalisation (par l'intermédiaire des programmes provinciaux d'assurance-médicaments, de régimes privés ou d'un nouveau programme fédéral ou d'une combinaison de ces possibilités).

Les opinions varient selon les intervenants. Les frais d'établissement d'un programme national d'assurance-médicaments et de maintien de sa viabilité à long terme sont une autre cause majeure de controverse. En 1997, la firme Palmer d'Angelo Consulting Inc. a évalué les coûts d'établissement de différents modèles d'un programme national et universel d'assurance-médicaments. Voici un résumé des principales conclusions de cette étude.

- Un programme national global, financé par les deniers publics, administré par le gouvernement et respectant les principes de la *Loi canadienne sur la santé* ferait monter les dépenses publiques liées aux médicaments prescrits de quelque 4,3 milliards de dollars.
- D'autres programmes administrés par le gouvernement et financés par les deniers publics, mais qui imposeraient des frais d'utilisation (à hauteur de 15,9 %) et des frais d'ordonnance, gonfleraient les dépenses publiques liées aux médicaments prescrits d'une somme se situant entre 2,1 et 2,5 milliards de dollars; cette solution équivaudrait à « nationaliser » les régimes privés actuels.
- Avec un programme semblable aux régimes qui existent en Saskatchewan et au Manitoba (lesquels imposent des frais d'utilisation très élevés), les dépenses publiques liées aux médicaments prescrits diminueraient de quelque 500 millions de dollars; cependant, les dépenses des particuliers augmenteraient de 900 millions de dollars.
- Des régimes mixtes publics et privés auraient une incidence beaucoup moins grande sur les finances des particuliers que les régimes entièrement publics. Les dépenses additionnelles varient entre 100 millions de dollars, avec un programme semblable au programme québécois actuel, et 1,5 milliard de dollars, avec un programme qui assure la totalité des coûts, sans franchise.[21]

Il est donc clair que le prix d'un programme national d'assurance-médicaments dépendrait de la formule choisie. Une étude réalisée récemment par le docteur Joel Lexchin laisse entendre qu'un tel système permettrait d'économiser des frais d'administration même s'il avait comme conséquence d'augmenterles dépenses publiques.[22]

Pour fins de consultation et de discussion, voici quatre formules présentant une orientation et une conception particulières.

---

[21] Palmer d'Angelo Consulting Inc., *National Pharmacare Cost Impact Study*, septembre 1997.

[22] Joel Lexchin, *A National Pharmacare Plan : Combining Efficiency and Equity*, Centre canadien des politiques alternatives, mars 2001.

8.9.2 Un programme public complet

Un programme national d'assurance-médicaments entièrement public pourrait être financé par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, soit par le truchement de transferts accrus (TCSPS) soit en vertu d'un nouvel arrangement de partage des coûts dans lequel la part du gouvernement fédéral pourrait être de 25 %, 50 % ou davantage. Un tel programme serait universel et exempt de frais d'utilisation, donc conforme à la *Loi canadienne sur la santé*. Il pourrait également imposer des frais d'utilisation, auquel cas le financement fédéral pourrait être assujetti à une version modifiée de la *Loi canadienne sur la santé* ou à un nouvel ensemble de conditions. Il s'agirait d'une initiative entièrement nouvelle qui remplacerait tous les programmes fédéraux et provinciaux d'assurance-médicaments en vigueur et pourrait rendre largement inutiles les régimes privés existants.

8.9.3 Une initiative mixte globale

Comme pour la solution 8.9.2, ce programme assurerait une protection universelle pour toutes les dépenses de médicaments, sauf qu'il le ferait en vertu d'un partenariat conclu par le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et l'entreprise privée dans le but d'élargir la protection qui est offerte actuellement par les régimes publics et privés.

Une participation fédérale aux coûts pourrait être offerte aux provinces pour élargir la protection des programmes provinciaux de médicaments. Il y aurait lieu de mettre l'accent sur les provinces de l'Atlantique où il n'existe pas en ce moment de régimes d'assurance-médicaments universellement accessibles. Par souci d'équité, il faudrait toutefois assurer une aide fédérale aux provinces qui ont déjà mis en place des programmes largement accessibles. Cette aide pourrait les encourager à maintenir et même à élargir la protection offerte.

Comme certaines provinces pourraient ne pas bien répondre aux incitatifs de partage des coûts et qu'en conséquence ces programmes pourraient ne pas rejoindre toute la population, des incitatifs financiers fédéraux pourraient pourraient aussi être offerts aux régimes privés pour encourager un élargissement de la protection aux personnes qui ne sont pas assurées ou ne le sont pas assez mais qui ont un certain lien avec le monde du travail (comme les travailleurs à temps partiel, en transition entre deux emplois, etc.).

Une aide fédérale pourrait être offerte aux provinces sous réserve de certaines conditions, dont l'élimination des principaux facteurs dissuadant de recourir à l'assurance-médicaments privée que sont les taxes provinciales sur les cotisations d'assurance et les taxes de vente au détail sur les cotisations supplémentaires d'assurance-maladie. Il est à noter que le Québec s'est servi d'un modèle hybride public-privé pour mettre en œuvre son programme universel d'assurance-médicaments, qui est en vigueur depuis 1997.

8.9.4 Initiative mixte de garantie des dépenses élevées en médicaments

Contrairement aux solutions 8.9.2 et 8.9.3 qui visent à payer la totalité ou la quasi-totalité des coûts des médicaments prescrits, cette initiative mixte cherche à protéger tous les Canadiens contre des difficultés financières liées à des dépenses de médicaments élevées. Cette option viserait à protéger les Canadiens, y compris ceux qui ont déjà une assurance-médicaments privée, contre le genre de situation catastrophique décrite au dernier paragraphe de la section 8.9. À ce titre, cette option est un filet de sécurité.

Comme la solution 8.9.3, cette initiative prévoit que le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et l'entreprise privée mettront en valeur et élargiront la protection offerte par les régimes provinciaux et privés contre les coûts élevés des médicaments. Il est prévu que le gouvernement fédéral assumerait une partie importante des coûts des programmes provinciaux universellement accessibles qui fixent le risque personnel lié aux coûts élevés des médicaments à un niveau approprié. Ilpourrait s'agir d'une proportion donnée du revenu (p. ex., 4 %, comme le prévoient déjà certains programmes) ou encore d'un montant fixe (p. ex., 1 000 $ par année).

Comme dans l'option précédente, on viserait en priorité à encourager les provinces de l'Atlantique à mettre en place des programmes provinciaux de cette nature. Mais une participation aux coûts serait également possible pour les régimes provinciaux d'assurance-maladie qui ont déjà mis en place ce genre de protection.

Comme dans l'option 8.9.3, étant donné que certaines provinces pourraient ne pas se montrer sensibles aux incitatifs financiers et qu'en conséquence leurs programmes publics pourraient ne pas rejoindre toute la population, on pourrait offrir l'aide financière fédérale aux régimes privés qui limitent les dépenses des assurés à un certain plafond (p. ex., 1 000 $ par année). Comme dans le cas de la solution 8.9.3, la participation fédérale serait assujettie à des conditions comme la suppression des facteurs fiscaux dissuasifs imposés aux régimes privés d'assurance-médicaments.

L'option 8.9.4 pourrait gagner en importance à mesure que le prix des médicaments augmente et que les médicaments biotechnologiques très chers occupent une part croissante des médicaments consommés. Il y a un risque qu'une telle augmentation des coûts entrainerait certains employeurs à interrompre leurs programmes d'assurance-médicaments. Par contre, si une aide financière du gouvernement était disponible aux employeurs lorsqu'un employé atteint la limite assurable, ils pourraient être incités à maintenir leurs programmes d'assurance-médicaments.

8.9.5 Une initiative fiscale contre les dépenses élevées en médicaments

Comme la solution 8.9.4, cette initiative viserait à limiter le risque des assurés à l'égard de dépenses élevées en médicaments. Toutefois, dans ce cas-ci, c'est la fiscalité qui jouerait, plutôt que des régimes publics et privés d'assurance-médicaments.

En vertu de cette solution, les Canadiens obligés d'acheter des médicaments prescrits et « médicalement nécessaires » d'une valeur supérieure à un seuil donné (p. ex., une proportion du revenu, probablement entre 2 % et 4 %) recevraient un crédit d'impôt au titre de la différence. Ce crédit abaisserait les impôts qui seraient autrement exigibles (dans le cas des personnes à revenus élevés) ou serait remboursé à titre de crédit remboursable (dans le cas des personnes à faibles revenus qui ne paient pas d'impôt). On pourrait procéder en modifiant le crédit d'impôt pour frais médicaux ou en créant un nouveau crédit d'impôt distinct. Pour réaliser cette initiative, il faudrait établir une liste qui contiendrait tous les médicaments nécessaires du point de vue médical.

L'un des désavantages majeurs de cette solution tient à la nature rétrospective de la déclaration de revenus, c'est-à-dire qu'elle s'appliquerait aux dépenses encourues l'année précédente. Le problème ne s'appliquerait pas dans le cas du décès ou de l'insolvabilité personnelle de l'assuré. Cette solution s'appliquerait davantage aux besoins des personnes qui éprouvent des difficultés chroniques liées aux coûts élevés des médicaments.

8.10 Soins à domicile

On entend habituellement par soins à domicile les services qui sont fournis à une personne chez elle. Les soins à domicile ne comprennent pas les soins fournis par une entreprise privée ou publique dans une résidence de soins de longue durée ou de soins continus. On ne s'entend pas au sujet des services qui devraient être englobés par l'expression « soins à domicile ». Il peut s'agir de certains soins pour malades aigus comme une intraveinothérapie ou la dialyse, de soins de longue durée fournis à des personnes atteintes de maladies dégénératives comme l'Alzheimer ou d'incapacités physiques ou mentales chroniques, ainsi que de soins de fin de vie à des personnes en phase terminale ou de services de soutien personnel comme des services de préposés et des aides techniques. Les soins à domicile peuvent comprendre des soins de santé et des services de soutien social comme la surveillance, l'évaluation, la coordination, les soins infirmiers, les services ménagers, les conseils nutritionnels et la préparation de repas, l'ergothérapie et la physiothérapie, la lutte contre la douleur, le soutien émotif et l'éducation à l'autonomie.

Autrement dit, les services offerts à domicile peuvent s'étendre sur un spectre large comprenant aussi bien des interventions médicales que des soutiens sociaux. Les soins à domicile peuvent être fournis par des personnes qui sont en majorité des infirmiers, des thérapeutes et des travailleurs en soutien personnel mais aussi par des soignants informels, habituellement des membres de la famille ou des amis.

L'enquête de 1998-1999 sur la santé de la population conclut que la majorité des personnes qui déclarent avoir besoin de soins à domicile en raison de leur âge, de maladies chroniques ou d'incapacité ne recevaient aucun soin officiel payé par l'État. Entre 80 % et 90 % des soins fournis à ce groupe sont offerts gratuitement. L'enquête n'indique pas dans quelle mesure les besoins qui ne sont pas satisfaits par l'État le sont par des contribuables ou par des soignants informels ou ne le sont pas du tout.

Au cours des audiences de la phase deux, le Comité a appris que la satisfaction des besoins en soins à domicile pose un problème qui grandit à mesure que les « baby boomers » vieillissent, qu'augmentent les espérances de vie, que les soins sont désinstitutionnalisés et gagnent en complexité technologique et que les régimes de travail et les modèles sociaux réduisent la possibilité que des membres de la famille puissent offrir des soins informels.

Actuellement, chaque gouvernement provincial et territorial offre un programme de soins à domicile. Mais comme, les soins à domicile ne sont pas considérés comme un service « médicalement nécessaire » par la *Loi canadienne sur la santé*, les programmes publics de soins à domicile varient énormément, d'un bout à l'autre du pays, eu égard à l'admissibilité, à la protection offerte et aux frais d'utilisation perçus. Tous les régimes comprennent des services comme l'évaluation et la gestion de cas, les soins infirmiers et le soutien à domicile, pour les clients admissibles. Seulement quelques provinces offrent différents types de thérapies (physiothérapie, orthophonie, inhalothérapie) dans leurs programmes de soins à domicile financés à même les fonds publics. Les clients qui souhaitent obtenir des services qui ne sont pas prévus par le programme doivent payer de leur poche. Dans la plupart des provinces, les soins de santé ont augmenté ces dernières années, mais les dépenses publiques consacrées à ce poste ne représentent encore qu'une petite proportion des budgets provinciaux de la santé.

Des études récentes indiquent que les soins à domicile sont économiques dans certains cas; dans de nombreux cas, toutefois, les soins en établissement sont plus efficients, surtout pour la personne âgée en perte d'autonomie. De plus, pour les fournisseurs, les soins en institution sont toujours plus faciles à donner. Toutefois, le coût et la commodité ne sont pas les seuls facteurs à prendre en considération; beaucoup de gens souhaitent recevoir des soins chez eux plutôt que dans un établissement. Il ne faut pas en déduire qu'ils préfèrent rester à la maison sans recevoir de soins appropriés.

De bons soins à domicile peuvent faire baisser les coûts à long terme du système de soins de santé, pour différentes raisons dont les suivantes :

- ils réduisent la pression sur les lits pour soins de courte durée car ils permettent de faire des interventions médicales dans un cadre moins coûteux et de n'utiliser les ressources hospitalières que lorsqu'elles sont véritablement requises (autrement dit, les soins à domicile évitent de garder le patient dans un hôpital de soins actifs);
- ils réduisent la demande en lits de longue durée en offrant aux Canadiens vieillissants la possibilité de conserver leur indépendance et leur dignité chez

eux (autrement dit, les soins à domicile se substituent aux soins en maison de repos);

- ils permettent aux patients qui reçoivent des soins palliatifs de passer leurs derniers moments dans le confort de leur milieu familial (autrement dit, les soins à domicile se substituent aux établissements de soins palliatifs).

De nombreux témoins ont fait valoir que les soins à domicile qui se substituent aux soins actifs devraient être considérés comme des soins actifs fournis dans un autre cadre et, par conséquent, tomber sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé.*

Des intervenants se sont demandé si les patients qui reçoivent à domicile des soins qui se substituent à des soins à long terme ou à des soins palliatifs devraient être tenus d'augmenter leur cotisation, dans la mesure de leurs moyens, pour contribuer à payer ces services. Une telle participation additionnelle est déjà requise dans certaines provinces, où beaucoup de patients doivent épuiser la majeure partie de leurs moyens personnels avant que leurs soins ne soient payés par le gouvernement.

La question se résume ainsi : est-il raisonnable d'utiliser les deniers publics pour payer les soins palliatifs à long terme d'une personne qui a les moyens de les payer, même si ces soins sont fournis dans un établissement de soins de longue durée, comme une maison de soins? Autrement dit, est-ce que les contribuables devraient être subventionnés par l'État pour qu'ils puissent léguer un plus gros héritage à leurs enfants? Le Comité attend les opinions des lecteurs à ce sujet.

Beaucoup de témoins estiment que plusieurs possibilités s'offrent au gouvernement fédéral pour infléchir l'orientation des soins à domicile au Canada. Ces propositions sont présentées ci-dessous.

8.10.1 Un programme national de soins à domicile

En vertu de cette solution, le gouvernement fédéral augmente ses paiements de transfert afin d'aider les gouvernements provinciaux et territoriaux à mettre en place des programmes de soins à domicile sur leur territoire. Le gouvernement fédéral pourrait utiliser le Fonds pour l'adaptation des services de santé ou procéder en vertu d'un nouvel arrangement de partage des coûts.

Ce programme pourrait assurer le paiement intégral des coûts, ce qui le conformerait à la *Loi canadienne sur la santé*, ou il pourrait imposer des frais d'utilisation, auquel cas le financement fédéral pourrait être assujetti à une version modifiée de la *Loi canadienne sur la santé* ou à un nouvel ensemble de conditions.

Ce programme pourrait être universel ou viser certains groupes de la population (p. ex., les personnes âgées ou les malades mentaux) ou encore comprendre certaines catégories de services à domicile (p. ex., les soins palliatifs).

Le gouvernement fédéral devrait collaborer étroitement avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour élaborer des normes nationales de soins à domicile et s'entendre au sujet des services de base et des ressources humaines. L'élaboration de normes nationales est absolument essentielle si l'on veut que les soins à domicile fassent partie du système canadien des soins de santé. La question des ressources humaines est au premier plan des préoccupations étant donné la pénurie de fournisseurs qualifiés de services de santé à domicile et elle est étudiée plus à fond au chapitre 11.

8.10.2 Crédit d'impôt et déduction fiscale aux consommateurs de soins à domicile

Le gouvernement fédéral pourrait offrir une aide financière accrue aux consommateurs de soins à domicile grâce à des changements fiscaux. Actuellement, une telle aide est offerte au moyen des différentes mesures suivantes :

1. Le crédit d'impôt pour frais médicaux est offert à tous les contribuables ayant des coûts médicaux supérieurs à la moyenne. En 2000, le crédit d'impôt pour frais médicaux réduisait l'impôt fédéral d'un particulier de 17 % des dépenses médicales admissibles en sus du plus petit des deux montants suivants : 1 637 $ ou 3 % du revenu net. Il n'y a pas de limite supérieure au total des dépenses dont on peut demander le remboursement.
2. Le supplément remboursable pour frais médicaux apporte une aide fiscale aux personnes à faible revenu de la population active qui ont des dépenses médicales supérieures à la moyenne. Le supplément est calculé comme suit : 25 % de la portion autorisée des dépenses médicales admissibles qui déterminée dans le crédit d'impôt pour frais médicaux jusqu'à concurrence de 500 $. Il n'est offert qu'aux personnes ayant un revenu gagné d'au moins 2535 $ et on en soustrait 5 % du revenu familial net supérieur à 17 663 $ afin que seules les personnes à revenu faible et modeste en profitent.
3. Le crédit d'impôt pour handicapé vise à tenir compte de l'incidence d'une incapacité mentale ou physique grave et prolongée sur la capacité d'une personne de payer de l'impôt. En 2000, le crédit d'impôt pour handicapé équivalait à environ 730 $. Ce crédit a peu de chance d'être utile, compte tenu du coût réel des soins à domicile.
4. La déduction au titre des dépenses en soins auxiliaires vise à réduire les barrières empêchant de travailler. Elle permet à un patient ou à une personne handicapée de déduire jusqu'aux deux tiers du revenu gagné pour rémunérer un préposé dont les services sont essentiels pour permettre à la personne d'être sur le marché du travail.

Parmi les solutions fiscales possibles, on pourrait augmenter le crédit d'impôt pour frais médicaux applicable à l'impôt fédéral et élargir la déduction pour dépenses en soins auxiliaires afin qu'elle englobe une déduction du revenu du soignant et qu'elle accepte une déduction de toutes les sources de revenus et pas seulement des revenus gagnés.

De plus, il y aurait lieu d'envisager la possibilité de stimulants fiscaux pour encourager les gens à épargner en prévision des soins à long terme dont ils auront besoin. Ces stimulants pourraient s'apparenter aux REER et aux REEE. Les personnes à faible revenu seraient cependant dans l'impossibilité d'y contribuer ou bénéficieraient d'une plus petite déduction fiscale que les Canadiens à revenu plus élevé.

8.10.3 Fonds d'assurance spécial pour les soins à domicile

La Commission Clair, au Québec, a proposé la création d'une caisse d'assurance pour couvrir les dépenses liées à la perte d'autonomie à long terme. Un tel fonds serait distinct des recettes générales et serait administré par un établissement financier, comme la commission des pensions du Canada ou du Québec, qui n'en retirerait aucun avantage financier. Le fonds serait provisionné au moyen d'une cotisation obligatoire en fonction du revenu personnel (ou pourrait être financé par des contributions de l'employeur et de l'employé à la fois). Il serait capitalisé (à un taux à déterminer) de manière à réduire l'impact financier prévisible lié au coûts des services à fournir à la jeune génération.

Les soins à domicile pourraient être offerts par le truchement de prestations en nature ou de paiements. Les paiements versés au titre des soins à domicile seraient déterminés, au besoin, par le programme de soins. Ces prestations seraient exemptées d'impôt, dans les mains du prestataire ou des soignants reconnus, selon des niveaux et des circonstances à déterminer.

8.10.4 Mesures spécifiquement destinées aux soignants informels

Au cours de la phase deux de l'étude, des témoins ont estimé que la diminution des services aux patients hospitalisés a augmenté le fardeau des membres de la famille et des amis des patients. Le Comité a appris que la majorité des soignants informels sont des femmes qui subviennent aux besoins de leur famille et qui doivent souvent concilier la responsabilité de parents vieillissants, de leurs propres enfants et d'un travail rémunéré à temps plein.

Actuellement, plus de trois millions de Canadiens – des femmes pour la plupart – fournissent des soins à des membres malades de leur famille, à domicile, et sans être rémunérés. Le rapport de la phase deux du Comité indique que, jusqu'à l'âge de 75 ans, les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes d'avoir fourni des soins de santé à un membre de la famille. De plus, davantage de femmes sont contraintes, par la force des choses, à fournir gratuitement des soins de santé et ce sans aucune formation et avec peu d'appui. Les pressions cumulatives peuvent engendrer des maladies du stress et la perte de temps de travail pour le soignant et elles peuvent augmenter les risques de négligence et de mauvais traitement du soigné.

Le Comité estime qu'il est très important d'examiner le soutien offert aux soignants informels. La création récente du crédit d'impôt au soignant (en 1998) est un signe encourageant de la sensibilisation du gouvernement fédéral au rôle important joué par les dispensateurs de soins informels. Grâce à ce crédit d'impôt, les contribuables canadiens assurant des soins à un parent âgé ou à un membre de la famille peuvent réduire leur impôt fédéral d'une somme allant jusqu'à 400 dollars par année. Toutefois, il faut reconnaître que l'actuelle limite de 400 dollars n'indemnise pas adéquatement les soignants pour le temps et les ressources qu'ils fournissent.

Il faut donc augmenter l'appui financier accordé aux soignants informels. Le Comité consultatif national sur le vieillissement a recommandé que le Régime de pension du Canada (RPC) et que l'assurance-emploi soient modifiés pour accepter les personnes qui quittent le marché du travail temporairement pour prodiguer des soins informels.

- Le RPC autorise déjà les personnes qui ont quitté le marché du travail provisoirement pour s'occuper de leurs enfants à retrancher les périodes de gains modestes ou nuls du calcul des prestations du RPC. Ces dispositions d'exemption au RPC pourraient être élargies aux soignants informels qui ont quitté le marché du travail pour s'occuper de parents malades.
- Le régime d'AI vise les perturbations temporaires de la participation d'une personne à la population active. On pourrait réduire le fardeau financier des soignants informels en fournissant des prestations d'AI aux personnes qui quittent leur emploi pour s'occuper d'un parent malade. Il a été estimé que cette solution ferait monter le coût total de l'AI d'environ 670 millions de dollars par année.

Le Comité a aussi appris que les besoins de répit des soignants informels au Canada sont importants. Ils font face à un certain nombre de difficultés pour obtenir des soins de répit :

- Les soins de répit s'adressent aux soignants sur le bord de l'épuisement au lieu d'être offerts dès le début et sur une base continue pour permettre aux soignants d'assumer ce surcroît de travail. En d'autres termes, les soins de répit servent souvent à faire face à une situation d'épuisement au lieu de prévenir l'épuisement ou la maladie.
- Lorsqu'un programme de répit est mis en place, les services offerts visent généralement à remplacer le soignant pendant son absence au lieu d'offrir un choix intéressant de soins de répit.
- Les programmes de répit sont mis sur pied et financés séparément des autres services de soins à domicile et de longue durée de la collectivité. Il est important de mieux intégrer les soins de répit à la gamme des services existants : soins de longue durée en établissement, soins hospitaliers, soins à domicile et organismes communautaires.

Le Comité aimerait connaître le point de vue des lecteurs sur ces options et prendre connaissance d'autres options non mentionnées dans le rapport.

8.11 Résumé

Les questions soulevées et les solutions proposées au sujet du rôle financier du gouvernement fédéral dans les soins de santé sont complexes, multiples et reliées entre elles. Le tableau qui suit présente les solutions proposées dans le présent chapitre.

Il faut prendre des décisions au sujet de la nature et de l'ampleur du financement fédéral de la santé. Pour que le financement fédéral soit maintenu ou accru, il faut se demander si le gouvernement doit continuer de réaliser des recettes par imposition générale ou s'il devrait plutôt envisager de réaliser d'autres recettes par le truchement de paiements directs du consommateur. S'il opte pour les paiements directs du consommateur, il devra décider s'ils s'appliquent à tous les services de santé financés par l'État, y compris les services médicaux et hospitaliers, ou seulement à une gamme élargie de services. Pour autoriser le paiement direct de services de santé financés par l'État, il faudrait revoir le principe d'universalité de la *Loi canadienne sur la santé.*

RÔLE FINANCIER DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – PROPOSITIONS	
Changements Prestation des soins primaires (8.2)	Accroissement de l'efficience et de l'efficacité (8.2.1)
	Réforme des soins primaires (8.2.2)
	Régionalisation des services de santé (8.2.3)
	Passation de marchés avec des établissements de santé privés à but lucratif (8.2.4)
	Promotion de la santé, prévention de la maladie et santé de la population (8.2.5)
Quelle forme devrait prendre l'aide financière du gouvernement fédéral (8.3)	Partage des coûts (8.3.1)
	Maintien du financement global actuel (8.3.2)
	TCSPS (8.3.3)
	Compte d'épargne santé (8.3.4)
	Transferts fiscaux (8.3.5)
Accroissement des recettes aux fins des soins de santé (8.4)	*Recettes générales*: Affecter une plus grande part des impôts existants aux soins de santé (8.4.1) Augmenter les impôts et taxes (8.4.2)
	Paiements directs : Frais d'utilisation (8.4.3) Impôt sur le revenu (8.4.4) Cotisations pour les soins de santé (8.4.5)
Assurance-maladie privée (8.4.6)	Services de santé offerts par l'État et par l'entreprise privée

Services assurés (8.7)	Retrait de certains services (8.7.1)
	Élargissement du régime (8.7.2)
Réduire le coût des médicaments prescrits (8.8)	Liste nationale des médicaments admissibles (8.8.1)
	Usage obligatoire du médicament efficace le moins cher (8.8.2)
	Publicité des médicaments prescrits (8.8.3)
Médicaments prescrits – Élargissement de la protection (8.9)	Initiative nationale d'assurance-médicaments (8.9.1)
	Un programme public global (8.9.2)
	Une initiative mixte globale (8.9.3)
	Initiative mixte de garantie contre les dépenses élevées en médicaments (8.9.4)
	Initiative fiscale contre les dépenses élevées en médicaments (8.9.5)
Soins à domicile (8.10)	Programme national de soins à domicile (8.10.1)
	Crédit d'impôt et déduction fiscale (8.10.2)
	Fonds d'assurance spécial pour les soins à domicile (8.10.3)
	Mesures spéciales pour les soignants informels (8.10.4)

Afin de soulager les pressions qui s'exercent sur le financement public, il pourrait être décidé d'autoriser les régimes privés d'assurance-maladie à faire une concurrence directe aux régimes publics. Pour permettre aux assureurs privés d'offrir une protection semblable à celle qu'offrent les régimes publics d'assurance-maladie, il faudrait modifier le principe d'administration publique de la *Loi canadienne sur la* santé.

Les Canadiens devront également se demander si les services de santé additionnels devraient être financés par l'État et, dans l'affirmative, choisir lesquels. Ces dernières années, on a beaucoup discuté de l'élargissement du financement public aux médicaments prescrits et aux soins à domicile. Il s'offre à cet égard de nombreuses possibilités allant de la collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux et territoriaux, pour l'établissement de programmes nationaux d'assurance-médicaments et de soins à domicile, à la création ou à l'amélioration des crédits d'impôt et des déductions fiscales au titre des coûts des médicaments et des soins à domicile. Si le gouvernement fédéral décide de payer les médicaments prescrits et les soins à domicile, ce financement doit-il être assujetti aux principes de la *Loi canadienne sur la santé?* Devrons-nous nous doter d'un nouvel ensemble de principes?

Enfin, il importe de se rappeler que le renouvellement du rôle du gouvernement fédéral, en matière de financement des soins de santé, doit être examiné parallèlement à l'analyse d'autres activités destinées à améliorer les soins de santé, notamment accroître notre capacité d'effectuer des recherches, élaborer une infostructure de la santé et réaliser des projets et des programmes sur la santé de la population. Nous allons maintenant examiner ces questions.

CHAPITRE NEUF :

QUESTIONS ET OPTIONS CONCERNANT LE RÔLE DE RECHERCHE ET D'ÉVALUATION

Le rôle du gouvernement fédéral dans les domaines de la recherche et de l'évaluation est double puisqu'il englobe à la fois un financement de la recherche dans le domaine de la santé et un appui financier à l'évaluation des projets pilotes.

Le gouvernement fédéral a une longue tradition - plus de 40 ans - d'aide financière à la recherche dans le domaine de la santé. En fait, jusqu'en 1994, il était la principale source de financement de cette recherche au Canada. IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada) est actuellement le principal organisme de financement fédéral de la recherche dans ce domaine.

De temps à autre, le gouvernement fédéral s'acquitte également de son rôle dans le domaine de la recherche en apportant un soutien financier à la réalisation et à l'évaluation de projets pilotes conçus pour favoriser l'innovation dans la prestation des soins de santé. Citons comme exemples le Fonds pour l'adaptation des services de santé (1997-2001) destiné à soutenir les projets pilotes entrepris de concert par les gouvernements provinciaux et territoriaux dans les domaines de l'assurance-médicaments, des soins à domicile, des soins primaires et de la prestation intégrée de services, ainsi que le Programme des partenariats pour l'Infostructure canadienne de la santé (PPICS – 2000 à 2002) qui appuie les projets provinciaux et territoriaux recourant à de nouvelles technologies de l'information dans le domaine des soins de santé.

Tout au long des audiences du Comité sur la recherche en santé, les témoins ont été unanimes à reconnaître que le financement de la recherche innovatrice et de l'évaluation des projets devrait demeurer une fonction importante du gouvernement fédéral. En ce qui regarde la recherche en santé, la faiblesse du financement au Canada comparativement à d'autres pays industrialisés est la principale préoccupation exprimée par les témoins qui ont dit souhaiter que le gouvernement fédéral y consacre davantage de fonds. D'autres questions relatives au transfert des connaissances, aux disparités régionales et à l'éthique ont également été soulevées pendant les audiences.

En ce qui a trait à l'évaluation des projets pilotes visant à mettre à l'essai de nouvelles façons d'assurer la prestation des soins de santé, tous les témoins se sont dits d'accord pour que le gouvernement fédéral maintienne ou hausse son niveau de financement, tout en tenant compte en même temps du problème des disparités régionales. Cette question se pose parce que le financement fédéral des projets pilotes exige généralement une contribution provinciale équivalente. C'est pourquoi la plupart des projets pilotes financés par le gouvernement fédéral se déroulent dans les provinces riches alors que les provinces pauvres qui ont le plus besoin d'aide obtiennent très peu.

9.1 Recherche innovatrice dans le domaine de la santé

Le Canada a acquis une réputation internationale pour l'excellence de sa recherche dans le domaine de la santé. Depuis l'époque des Banting et Best et la découverte de l'insuline il y a plus de 75 ans, les percées des chercheurs canadiens ont contribué à améliorer la vie des gens à travers le monde. En voici des exemples :

- La recherche canadienne a permis de montrer que chaque dollar dépensé pour des interventions dans la petite enfance permet d'épargner en moyenne sept dollars en éducation, en services sociaux, en procédures judiciaires et en soins de santé
- Des chercheurs canadiens ont découvert et mis au point le 3TC, un médicament qui aide à prolonger la vie de nombreuses personnes porteuses du VIH ou atteintes du SIDA.

Tout le monde est d'accord sur le fait que la recherche en santé sera l'un des principaux moteurs du changement dans le système de soins de santé au Canada au cours des années qui viennent. Les connaissances acquises grâce à cette recherche se répercutent directement sur la qualité des diagnostics, sur le traitement, sur la guérison et sur la prévention de nombreuses maladies. Dans un deuxième temps, ceci entraîne une réduction des coûts des soins de santé, de la manière suivante :

- en réduisant les coûts sociaux et économiques de la maladie grâce à la mise au point de nouveaux médicaments, de nouveaux produits et de nouvelles technologies qui réduisent la durée des séjours à l'hôpital, accélèrent la guérison et prolongent la durée de vie en bonne santé;
- en améliorant l'efficacité et l'efficience de la prestation des soins de santé;
- en assurant la guérison de maladies.

Le gouvernement fédéral joue un rôle important d'appui à la recherche en santé qui est menée dans les universités, les hôpitaux d'enseignement et les instituts de recherche (recherche extra-muros) ainsi que dans ses propres laboratoires (recherche intra-muros). Au cours de la phase deux de l'étude du Comité, on lui a dit que l'investissement stratégique effectué aujourd'hui par le gouvernement fédéral par le biais de programmes et d'initiatives tels que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne pour l'innovation, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), Génome Canada et les chaires de recherche du Canada va porter énormément de fruits pour notre système de soins de santé dans l'avenir.

Les progrès continus réalisés dans les domaines de la génétique et de la génomique sont particulièrement intéressants. À titre d'exemple, la capacité de reconnaître les personnes ayant des gènes qui les rendent susceptibles de contracter une maladie donnée va transformer profondément la prestation des soins de santé, le traitement de la maladie cédant la place à sa prévention et à la promotion de la santé. Mieux nous comprendrons les mécanismes

moléculaires sous-jacents à la maladie, plus nous serons en mesure de développer rapidement une génération entièrement nouvelle de médicaments qui pourront combattre les altérations causées à ces mécanismes par la maladie Ces connaissances, jointes à notre compréhension croissante des interactions complexes entre les facteurs génétiques, sociaux et environnementaux qui déterminent notre vulnérabilité face aux maladies, vont transformer le système de santé au cours des dix ou vingt prochaines années.

La création d'IRSC en avril 2000 par le gouvernement fédéral est une reconnaissance du lien fondamental qui existe entre un système de soins de santé novateur et offrant un bon rapport coût-efficacité et des activités de recherche dynamiques et concurrentielles sur le plan international . IRSC réunit les quatre grands champs de recherche dans le domaine de la santé – la recherche biomédicale, la recherche clinique, la recherche sur les services et systèmes de santé et la recherche sur la santé de la population. Il incite les chercheurs canadiens à adopter une approche intégrée à l'égard des questions de santé qui concernent les Canadiens et Canadiennes.

9.1.1 Augmentation de la part fédérale dans le financement de la recherche en santé

Le gouvernement fédéral joue un rôle important dans le financement de la recherche en santé au Canada. Ainsi, en 1998, des fonds fédéraux de presque 370 millions de dollars ont été alloués à ce type de recherche. C'était avant la mise sur pied d'IRSC. Toutefois, la part du gouvernement fédéral dans le financement de la recherche en santé a diminué de façon constante de 1992 à 1998, passant de 28 % à 16 %. Depuis 1994, c'est l'industrie pharmaceutique qui a été la principale source des fonds consacrés à la recherche en santé au Canada.

Le gouvernement fédéral croit que sa position dans le financement de la recherche en santé va s'améliorer fortement grâce à la mise sur pied d'IRSC ainsi qu'aux investissements supplémentaires annoncés tant dans le budget de février 2000 que dans l'énoncé économique et la mise à jour de la situation financière d'octobre 2000. Le gouvernement fédéral a également, en février 2001, accordé une subvention supplémentaire de 140 millions de dollars à Génome Canada, ce qui portait le budget total de l'organisme à 300 millions de dollars.

Bien que l'augmentation du financement fédéral apporte un appui important à la recherche en santé, a-t-on pu entendre lors des audiences de la phase deux du Comité, le Canada ne se compare pas favorablement aux autres pays à ce chapitre. En fait, le rôle du gouvernement national dans ce financement, si on l'exprime en parité du pouvoir d'achat (PPA) par habitant, est beaucoup plus important aux États-Unis, au Royaume-Uni, en France et en Australie qu'au Canada. Ainsi, le gouvernement américain fournit quatre fois plus de fonds par habitant que le Canada pour la recherche en santé.

Les témoins ont unanimement recommandé d'augmenter la part du gouvernement fédéral dans les dépenses consacrées à la recherche en santé de manière à la faire passer de son niveau actuel qui est d'environ 0,5 % du total des dépenses en soins de santé à 1 %

de ce total. Cela veut dire qu'il faudrait au moins doubler le budget actuel d'IRSC pour l'amener à hauteur d'un milliard de dollars. De l'avis de plusieurs témoins qui ont comparu devant le Comité, cette hausse porterait la contribution financière fédérale à la recherche en santé à un niveau davantage comparable à celle qu'apportent les gouvernements nationaux d'autres pays. L'aspect le plus important est cependant qu'un tel investissement fédéral contribuerait à maintenir une industrie de recherche en santé dynamique, innovatrice et d'avant-garde.

Le Comité souhaite obtenir des avis sur l'idée de porter la part fédérale des dépenses consacrées à la recherche en santé à 1 % du total des dépenses en soins de santé. Nous sommes particulièrement intéressés à obtenir des points de vue sur la façon dont ce financement fédéral fortement accru devrait être investi : devrait-il être dirigé stratégiquement vers le développement d'un certain nombre de domaines de recherche (tels que la santé des Autochtones, la santé des populations rurales, la santé mentale, l'analyse comparative entre les sexes, les déterminants de la santé, les soins à domicile, etc.,), ou devrait-on le répartir plus uniformément dans toute la gamme des secteurs de recherche en santé?

9.1.2 Appui au transfert des connaissances

On a fait valoir auprès du Comité que les résultats de la recherche en santé devraient être rendus accessibles, notamment aux décideurs, aux fournisseurs de soins de santé mais aussi au grand public. Il faudrait lancer une campagne de sensibilisation pour renseigner le public canadien sur la recherche en génétique, le clonage d'animaux et la recherche sur les embryons entre autres sujets. Il faut également faire connaître les résultats de la recherche en santé aux prestateurs de soins de santé et aux responsables des politiques. Le transfert rapide des connaissances acquises aux décideurs et aux fournisseurs de soins de santé ferait reposer beaucoup plus les décisions sur des faits démontrés, et ce, au profit de tous les Canadiens et Canadiennes .

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) est l'organisme chargé de veiller au transfert des connaissances. La FCRSS est un organisme sans but lucratif qui a été mis sur pied grâce à des fonds fédéraux et dont la mission consiste à commanditer et à promouvoir la recherche appliquée sur les systèmes de soins de santé en vue d'en améliorer la qualité et de favoriser l'utilisation de ses résultats dans les décisions prises par les responsables des politiques et les gestionnaires des soins de santé.

Le travail de la FCRSS porte sur la recherche en matière de services de santé. Ce dont nous avons besoin est donc un organisme dont la tâche consisterait à diffuser les résultats de la recherche biomédicale et de la recherche clinique. Il serait possible de mettre sur pied un tel organisme au sein d'IRSC ou de Santé Canada. On pourrait également créer un organisme fédéral distinct qui serait chargé de cette tâche.

9.1.3 Réduction des disparités régionales

Des témoins ont rappelé au Comité qu'il existe de fortes disparités régionales sur le plan des capacités de recherche en santé au pays. À titre d'exemple, certains établissements de santé et certains centres universitaires de recherche en santé, particulièrement dans les provinces de l'Atlantique et dans les Prairies, sont actuellement sous-financés et incapables de relever les défis que pose leur participation à des activités de recherche qui puissent rendre le Canada compétitif à l'échelle mondiale en ce domaine.

Les provinces qui n'atteignent pas une masse critique d'expertise et d'excellence démontrée souffrent d'un grave handicap, tant pour ce qui est d'obtenir des subventions que pour recruter et maintenir en poste un personnel hautement qualifié. Les provinces qui disposent de gros budgets sont en mesure d'offrir des salaires et des ressources qui attirent chez elles des chercheurs bien formés et talentueux provenant des provinces qui ne disposent que de petits budgets. Des témoins ont dit au Comité que cette concurrence interne pour l'obtention de personnes douées pour la recherche est nuisible et que cette question exige l'attention rapide du gouvernement fédéral..

Le Comité a été heureux d'entendre qu'IRSC gère actuellement le Programme de partenariats régionaux (PPR) qui accorde des fonds de recherche en santé destinés à réduire les disparités régionales. Six provinces sont admissibles aux fonds du PPR : la Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve, le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick. En plus de financer la recherche en santé, le PPR aide les mécanismes de planification stratégique locaux à établir des priorités et partenariats de recherche en mettant l'accent sur le recrutement et le maintien en poste de chercheurs prometteurs ou chevronnés et en misant sur les points forts et les intérêts prioritaires des établissements de recherche.

Le Comité souhaite recevoir des avis sur les programmes du PPR et sur d'autres façons possibles pour le gouvernement fédéral de réduire les disparités entre les provinces quant à leur capacité de recherche en santé.

9.1.4 Un organe national de surveillance de l'éthique pour une recherche humaine

Des témoins ont dit au Comité que la recherche en santé doit être menée dans le respect des normes éthiques les plus élevées. Ils ont insisté sur le fait que les chercheurs doivent appliquer une éthique transparente et crédible à leurs procédés, particulièrement en ce qui concerne la protection des sujets humains sur lesquels porte la recherche. Il faut appliquer des principes moraux à toutes les activités de recherche en santé. Il est également important de prêter attention aux enjeux d'ordre moral que soulève cette recherche, de les analyser et de les évaluer.

Récemment, IRSC, conjointement avec deux autres organismes fédéraux de financement de la recherche - le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG) – a annoncé la création d'une nouvelle structure de gouvernance — le Panel d'experts en éthique de la recherche — qui régira la politique fédérale relative à l'éthique applicable à la recherche faisant appel à des sujets humains. Cette politique s'intitule *L'Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains.* Si cette politique établit des normes élevées, ont rappelé des témoins au Comité, encore faut-il exercer une surveillance efficace pour s'assurer du respect de ces normes. De plus, le Panel d'experts en éthique de la recherche va examiner la recherche financée par IRSC, le CRSH et le CRSNG, et non toute la recherche en santé effectuée au Canada.

Il a été proposé de créer un organisme national de surveillance indépendant d'IRSC qui serait chargé d'assurer le bon fonctionnement des mécanismes d'examen de l' éthique de toute la recherche en santé financée par des fonds publics ou privés, et en particulier la recherche utilisant des embryons humains ou des tissus fœtaux, y compris celle portant sur les cellules souches embryonnaires. Nous souhaitons obtenir votre avis sur un tel organisme national de surveillance.

9.2 Financement et évaluation de projets pilotes innovateurs

Au cours des dernières années, le gouvernement fédéral a participé au financement de projets pilotes ayant pour but d'améliorer la prestation des soins de santé. Un volet important de ces projets pilotes consiste à faire une évaluation des résultats et notamment à rendre compte de l'impact du projet sur l'état de la santé et sur l'utilisation des services de santé, de son rapport coût-efficacité et de l'amélioration de la prestation des soins.

Ainsi, en 1997, le gouvernement fédéral a annoncé la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS). Ce fonds de 150 millions de dollars a permis le financement de 141 projets et de nombreux sous-projets à travers le Canada dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, l'assurance-médicaments et les problèmes pharmaceutiques, les soins de santé primaires et la prestation intégrée des services de santé. Ces projets visaient à générer des données sur lesquelles les gouvernements, les autorités sanitaires, les hôpitaux et d'autres pourraient s'appuyer pour prendre des décisions éclairées quant à la façon d'offrir aux Canadiens et aux Canadiennes des services de santé qui soient à la fois meilleurs et plus efficaces. Santé Canada publiera une évaluation globale de tous ces projets en mars 2002.

Le Programme des partenariats pour l'Infostructure canadienne de la santé (PPICS), un programme d'encouragement à frais partagé d'une durée de deux ans et disposant d'un budget de 80 millions, dont la création a été annoncée en juin 2000, constitue un autre exemple. Le PPICS vise à appuyer les applications innovatrices de technologies de l'information et des communications dans le domaine des soins de santé. Le but général est d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé pour tous les Canadiens et Canadiennes, tout en augmentant l'efficience et en protégeant la viabilité à long terme du système de santé. Le PPICS

finance des projets dans les domaines de la télémédecine, des télésoins à domicile et des dossiers de santé électroniques. Tout comme dans le cas du Fonds pour l'adaptation des services de santé, un plan d'évaluation est exigé pour tous les projets financés par le PPICS.

9.2.1 Investissement fédéral dans l'évaluation de projets pilotes visant à améliorer la prestation des soins de santé

On a dit au Comité que les projets pilotes accompagnés d'études évaluatives coûtent cher; ces activités doivent cependant être menées si l'on désire obtenir des informations sur la rentabilité et les résultats pour la santé. Le choix à faire pour le gouvernement fédéral est donc de maintenir et même d'accroître le soutien financier qu'il apporte à la réalisation et à l'évaluation de projets pilotes dans le domaine de la prestation de soins de santé.

9.2.2 Réduction des disparités régionales dans le financement des projets pilotes

Une préoccupation importante a cependant été exprimée en ce qui concerne les programmes fédéraux dont les coûts sont partagés entre le fédéral et les provinces. Selon des témoins, l'investissement fédéral dans des projets pilotes contribue parfois à creuser les disparités régionales.

À titre d'exemple, en vertu des critères établis pour le PPICS, le financement fédéral exige que le demandeur fournisse des fonds équivalents. On n'a pas jugé pertinent dans la sélection des projets de tenir compte des besoins relatifs des différentes régions pour ce qui est d'améliorer les services ni des lacunes de ces services dans une région.. Selon les témoins, les régions qui avaient déjà de l'argent ont obtenu plus d'argent et celles qui avaient de grands besoins financiers n'ont pas pu en demander faute de pouvoir apporter une contribution équivalente. S'il est maintenant trop tard pour modifier les critères du PPICS, ontsouligné les témoins, le gouvernement fédéral devrait s'assurer que les autres programmes d'appui à l'évaluation des projets pilotes ne suivent pas le même modèle. Ces programmes devraient plutôt privilégier les projets destinés aux endroits qui en ont le plus besoin et dénotant une volonté d'agir et d'apporter des changements au système et mettre moins l'accent sur la contribution financière des provinces.

CHAPITRE DIX :

QUESTIONS ET OPTIONS CONCERNANT LE RÔLE D'INFRASTRUCTURE : TECHNOLOGIE ET SYSTÈMES D'INFORMATION

Le Comité entend par « infrastructure de santé » le vaste amalgame de ressources – tant physiques qu'humaines – qui facilitent la prestation des services de santé. En ce sens, l'infrastructure ne désigne pas seulement la brique et le mortier ou la technologie et l'équipement médical, mais aussi les resources humaines, le secteur de l'éducation et les systèmes de communication qui soutiennent les fournisseurs de soins de santé.

Comme on l'a affirmé auparavant, le gouvernement fédéral n'est pas responsable de l'administration, l'organisation et la prestation des soins de santé, sauf en ce qui concerne des segments précis de la population canadienne. Il incombe donc aux provinces et territoires de déterminer combien de lits seront ouverts dans leur juridiction, quelles catégories d'aidants seront engagés et comment le système desservira la population. Cependant, le gouvernement fédéral aide depuis longtemps les provinces et les territoires à s'acquitter de leurs responsabilités.

On trouve un excellent exemple de ce rôle dans le Programme de subventions à la construction d'hôpitaux de 1948. Dans le cadre de ce programme, le gouvernement fédéral assumait le coût complet de la construction d'hôpitaux dans toutes les provinces et tous les territoires. En conséquence, de 1948 à 1960, le nombre de lits d'hôpitaux au Canada a augmenté à un rythme qui était le double de la croissance démographique. De même, dans les années 60, le gouvernement fédéral a contribué par ses subventions à l'expansion du nombre de facultés de médecine. Ces fonds fédéraux ont rendu possible la construction de la plupart des centres de science de la santé au pays, contribuant ainsi à la qualité de l'enseignement offert aux professionnels de la santé, de la recherche et des soins aux patients.

Plus récemment, le gouvernement fédéral a financé dans les provinces et les territoires l'acquisition de technologies de santé, la mise au point de systèmes d'information de santé et l'établissement d'un mécanisme de reddition de comptes public relativement à l'état de santé des Canadiens et au rendement du système de santé.

Outre les programmes ciblés, les transferts fédéraux prévus par le TCSPS peuvent également être utilisés par les provinces et territoires pour édifier une infrastructure de santé qui améliorera autant la prestation des soins de santé que l'éducation des aidants.

Au cours de l'étude du Comité, tous les témoins qui ont pris part aux audiences portant sur les informations relatives à la santé ont souligné le rôle critique que joue le gouvernement fédéral dans l'infrastructure générale de santé. Ils étaient tous d'accord pour dire que ce rôle doit être maintenu et même élargi. On peut proposer deux options ici : 1) que le

gouvernement fédéral maintienne le niveau actuel du financement de l'infrastructure de santé ou 2) que ce niveau soit augmenté. Ces options font nécessairement intervenir des compromis entre les diverses composantes de l'infrastructure de santé (par ex. l'équipement médical par opposition aux ressources humaines ou par opposition aux systèmes d'information de santé) ainsi qu'entre les diverses composantes du système général de santé (les infrastructures par rapport aux services hospitaliers ou par rapport aux soins à domicile).

Les options relatives au rôle fédéral dans l'infrastructure de santé présentent plusieurs facettes. Pour cette raison, nous les traiterons séparément dans les sections qui suivent. De plus, étant donné l'ampleur des enjeux relatifs aux ressources humaines dans le domaine de la santé, les options traitant des ressources humaines feront l'objet du prochain chapitre.

10.1 La technologie de santé

L'on admet généralement que la technologie de santé constitue un aspect important de la prestation des soins de santé dans les pays industrialisés. La technologie peut accroître la vitesse et l'exactitude des diagnostics, guérir les maladies, prolonger la vie, soulager la douleur, faciliter la réadaptation fonctionnelle et assurer l'autonomie des patients. Cependant, on a soulevé plusieurs questions au Comité relativement à l'accessibilité, à l'évaluation et au coût des technologies de santé nouvelles et existantes au Canada. Les témoins ont fait valoir que ces questions doivent trouver réponse si les Canadiens veulent profiter au maximum des avantages qu'offre la technologie des soins de santé tout en gardant un système de santé abordable.

On a dit au Comité que, même si le Canada se classe cinquième parmi les pays de l'OCDE pour ce qui est des dépenses totales en santé (en tant que pourcentage du PIB), il se situe généralement dans le troisième tiers des pays de l'OCDE pour ce qui est de l'accès à la technologie de santé. Par exemple, le Canada est derrière plusieurs autres pays pour ce qui est de l'accès au tomodensitomètre, à l'IRM et aux lithotriteurs.

L'accès n'est pas le seul problème concernant la technologie de santé. Le « vieillissement » de cette technologie fait également problème. Par exemple, d'après les informations qui ont été fournies au Comité, entre 30 % et 63 % de la technologie d'imagerie que l'on utilise actuellement au Canada est désuète. On a dit au Comité que l'absence des nouvelles technologies et l'utilisation d'équipement désuet nuisent à l'exactitude des diagnostics ainsi qu'à la qualité des traitements qu'il est possible d'offrir. Cette situation, qui peut avoir un effet négatif sur la santé des patients, soulève également des interrogations quant aux responsabilités juridiques des prestateurs de santé.

Au cours des audiences de la phase deux, les témoins ont affirmé que le vieillissement de la population canadienne ainsi que l'accroissement des attentes du public vont influencer grandement l'évolution des besoins relativement à la technologie de santé. De nombreux experts ont déclaré au Comité que le déficit actuel dans la technologie de santé

requiert un réexamen sérieux de la manière dont on fournit, finance et distribue le matériel médical au Canada.

Les témoins ont également fait valoir que l'accès limité à la technologie de santé se traduit souvent par un accès limité aux soins et par l'allongement du temps d'attente. Le Comité est préoccupé par le manque de technologies de santé et l'effet que cela peut avoir sur le temps d'attente. À son avis, l'accès opportun au diagnostic et au traitement est un objectif crucial dans le contexte du système de santé canadien (voir la section 7.4).

10.1.1 Financer l'acquisition et l'amélioration de la technologie de la santé

Le gouvernement fédéral vient de réagir au déficit qui caractérise la technologie de la santé. En septembre 2000, il a annoncé qu'il investirait un milliard de dollars en 2000-2001 et 2001-2002 pour aider les provinces et les territoires à faire l'acquisition de nouveaux équipements médicaux. Ces fonds sont accessibles depuis l'adoption de la loi en octobre 2000, et ils permettent aux provinces et aux territoires d'acquérir immédiatement le matériel diagnostique et clinique qui leur est nécessaire.

Même si le milieu médical s'est dit heureux de cette injection de nouveaux crédits fédéraux, un certain nombre de préoccupations subsistent. Premièrement, certaines provinces n'ont pas demandé leur part de ces crédits, peut-être parce que le gouvernement fédéral exige des crédits de contrepartie. Deuxièmement, le Comité a appris qu'il n'existe apparemment aucun mécanisme obligeant les provinces à rendre compte de l'emploi exact de cet argent. Troisièmement, il faut des ressources supplémentaires pour utiliser ce matériel. D'après certaines estimations, un investissement d'un milliard de dollars dans le nouvel équipement nécessite 700 millions de dollars de plus pour les coûts opérationnels. Quatrièmement, cet investissement ne remédie pas au problème que pose l'équipement ancien. On estime qu'il faudrait un milliard de dollars de plus pour mettre à niveau l'équipement existant.

Une des options pourrait donc consister à ce que le gouvernement fédéral finance à plus long terme les technologies de la santé. Ces crédits fédéraux permettraient d'acquérir les nouvelles technologies de la santé et d'exploiter et d'améliorer le matériel existant. Dans le cadre de ce programme, les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient être tenus de rendre des comptes aux Canadiens relativement à l'utilisation des crédits fédéraux, sinon le gouvernement fédéral ne pourrait pas savoir si les crédits ont été utilisés à bon escient.

Toute décision d'acquérir une nouvelle technologie de la santé devrait également reposer sur l'évaluation de son efficacité et de son efficience. Nous étudierons plus longuement la question dans la section qui suit.

10.1.2 Investir davantage dans l'évaluation des technologies de la santé

L'évaluation des technologies de la santé (ETS) fournit des informations sur leur sécurité, leur efficacité clinique et leur efficience économique. L'ETS peut aider les responsables à décider si une nouvelle technologie doit être introduite et à quel moment une technologie existante doit être remplacée. Mais surtout, l'ETS contribue de plusieurs manières à améliorer la qualité des soins de santé : on s'assure ainsi que les technologies de santé sont efficaces, qu'elles sont appliquées dans les cas appropriés et les conditions voulues, et l'on voit à utiliser les technologies les moins coûteuses pour obtenir les résultats escomptés.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux soutiennent diverses agences ETS. Au niveau fédéral, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) joue trois grands rôles : il coordonne toutes les activités ETS dans toutes les juridictions; il s'efforce de minimiser les doubles emplois au niveau des autres organisations nationales, provinciales ou territoriales; et il mène des activités ETS de son côté.

On a informé le Comité que l'on ne consacre pas assez d'attention à l'ETS au Canada. Par exemple, tous les paliers de gouvernement réunis investissent moins de 8 millions de dollars au Canada dans ce secteur, alors que le Royaume-Uni verse près de 100 millions de dollars à son office national ETS – l'Institut national pour l'excellence clinique (INEC). En conséquence, les technologies de santé sont souvent introduites dans le système canadien avec une connaissance strictement superficielle de leur sécurité, de leur efficacité et de leur coût.

On remarque un autre problème important au niveau de la faible diffusion des preuves recueillies par les activités ETS parmi les prestateurs et les gestionnaires de soins de santé. Une amélioration à cet égard aurait certainement pour effet de hausser la qualité des soins de santé et de consolider la formulation de la politique publique en matière de santé.

L'option principale qui s'offre par conséquent au gouvernement fédéral consiste à investir davantage dans l'évaluation des technologies de la santé et à encourager la diffusion et l'utilisation des constatations ETS. Le gouvernement fédéral pourrait concrétiser cette option en augmentant les crédits qu'il alloue à l'OCCETS.

10.2 Systèmes d'information de santé

Au cours de la phase deux de l'étude du Comité, les témoins ont fait valoir qu'une des grandes faiblesses de l'actuel système de santé tient au fait qu'il fonctionne toujours comme une « industrie artisanale » (voir la première partie du chapitre cinq) malgré le fait que la santé est une industrie à très forte intensité d'information. En effet, l'ingrédient le plus important de tout diagnostic ou traitement est l'information.Le secteur de la santé au Canada n'utilise pas la technologie de l'informationet des communications autant que les autres industries très consommatrices d'information. De plus, le système de santé n'est pas intégré : les médecins et les autres aidants, les hôpitaux, les laboratoires et les pharmacies fonctionnent tous comme des

entités indépendantes qui ont un accès limité aux liens qui permettraient de mieux partager l'information.

Un meilleur usage de l'information et des technologies de communications, jumelé avec une meilleure intégration des aidants et des établissements, faciliterait l'identification des relations causales entre les divers intrants propres au système de santé et les résultats qui en découlent. Cela améliorerait grandement la qualité des décisions prises par les fournisseurs de soins, les gestionnaires et les décideurs, décisions qui doivent reposer sur des preuves fiables. Cela nous permettrait de répondre à des questions telles que : Investissons-nous assez, trop, ou trop peu dans la technologie de la santé?Y a-t-il trop, trop peu ou juste assez de médecins, d'infirmières ou d'autres professionnels de la santé? En avons-nous pour notre argent? En ce moment, nous ne connaissons pas les réponses à ces questions.

De nombreux témoins ont signalé l'urgence d'améliorer notre capacité de gérer l'information sur la santé même s'il faut pour cela laisser les listes d'attente s'allonger à court terme, investir moins dans la technologie et remettre à plus tard d'autres dépenses. Pour beaucoup d'entre eux, il est essentiel pour la survie même de l'assurance-maladie de mieux gérer l'informatio relative à la santé.

L'utilisation des informations et des technologies de communications dans le domaine de la santé est souvent appelée « télésanté ». Comme il en a été fait état dans le rapport de la Phase II du Comité, les applications de la télésanté qui sont envisagées au Canada, relativement au partage de l'information et à l'intégration de la prestation de soins de santé, prévoient un système de dossiers de santé électroniques (DSE) et un système d'information de santé basé sur Internet :

- Le DSE est un système automatisé et alimenté par les prestateurs de soins de santé à l'intérieur d'un réseau électronique qui donne accès au dossier de santé complet du patient, où sont inscrits entre autres les visites chez le médecin, les séjours à l'hôpital, les médicaments prescrits, les analyses de laboratoire, et ainsi de suite.
- Un réseau d'information de santé basé sur Internet est un système qui donne au grand public des informations de santé exactes et fiables dans les domaines suivants : promotion de la santé et prévention des maladies; informations sur les options de traitement et les médicaments ainsi que sur la maîtrise des maladies (p. ex., tension artérielle, diabète ou obésité); informations sur les questions de santé publique (p. ex., qualité de l'air, de l'eau et de la nourriture); informations sur les effets des éléments déterminants de la santé; et ainsi de suite.

La télésanté est la base de ce que beaucoup au Canada appellent « l'infostructure de la santé ». À tous les paliers de gouvernement, on met en œuvre en ce moment diverses composantes d'une infostructure santé. Cependant, ces initiatives en sont toutes à des stades d'évolution différents. En outre, elles sont isolées à l'intérieur des organisations, des

établissements et des provinces, et constituent en ce moment « une mosaïque de projets sans lien les uns avec les autres, dont la valeur augmenterait énormément si elles faisaient partie d'un tout cohérent[23] ». Le grand défi consiste maintenant à rassembler ces diverses infostructures.

C'est ce que le gouvernement fédéral cherche à faire avec la création de l'Infostructure santé du Canada. Cette future Infostructure santé du Canada ne sera pas une structure massive et monolithique, mais bien un réseau de réseaux, qui sera édifié sur les initiatives qui sont déjà en place ou en voie d'être lancées au niveau fédéral, provincial et territorial.

C'est tout un défi que d'intégrer 14 juridictions (10 provinces, trois territoires et le gouvernement fédéral). C'est aussi une entreprise ambitieuse, coûteuse, qui mettra des années à se réaliser. Il faudra accorder une attention minutieuse au caractère privé et confidentiel des renseignements sur les patients qui constitueront la base des systèmes d'information. Cependant, la plupart des experts croient qu'il est essentiel de le faire si nous voulons acquérir des informations fiables sur la santé des Canadiens, l'état de notre système de santé et l'efficience et l'efficacité de la prestation et de la distribution des services de santé. Chose encore plus importante, il semble essentiel de le faire si nous voulons améliorer la qualité des soins de santé que reçoivent les Canadiens.

10.2.1 Le déploiement d'une infostructure santé pancanadienne

Le gouvernement fédéral contribue financièrement à l'édification de l'Infostructure santé du Canada depuis 1997. Les provinces et territoires ont également exprimé le désir de prendre part au déploiement de l'Infostructure santé du Canada. Le 11 septembre 2000, les premiers ministres se sont entendus pour collaborer afin de : 1) consolider une infostructure santé pancanadienne afin d'améliorer la qualité, l'accès et l'opportunité des soins de santé pour les Canadiens; 2) mettre au point un système de dossiers de santé électroniques et améliorer les technologies comme la télésanté au cours des quelques prochaines années; 3) travailler de concert afin de mettre au point des normes de données communes qui assureront la compatibilité des réseaux d'information de santé; 4) mettre en place des mesures de protection rigoureuses qui assureront la confidentialité et la sécurité des renseignements de santé personnels; et 5) rendre compte régulièrement aux Canadiens sur l'état de santé, les résultats de santé et le rendement des services de santé financés par le public[24].

En appui à l'accord conclu par les premiers ministres, le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 500 millions de dollars en 2000-2001 afin d'accélérer l'adoption des technologies modernes d'information qui faciliteront la prestation de meilleurs soins de santé[25]. On a dit au Comité que cet argent serait investi dans une organisation sans but lucratif, connue sous le nom de Inforoute Santé du Canada, qui travaillera de concert avec les provinces et les

---

[23] Rapport de la Conférence nationale sur l'infostructure de la santé, février 1998, p. 19.

[24] Rencontre des premiers ministres, *Communiqué sur la santé*, communiqué de presse, 11 septembre 2000.

[25] Rencontre des premiers ministres, *Engagement du gouvernement du Canada en matière de financement*, communiqué de presse, 11 septembre 2000.

territoires afin de créer les composantes communes nécessaires au DSE au cours des trois à cinq prochaines années. Cela constituera une étape importante vers l'intégration complète des infostructures de santé.

Les provinces, les territoires et les autres intervenants s'entendent largement pour dire que le gouvernement fédéral doit encourager la collaboration dans ce domaine. Le Comité est heureux de constater cette volonté de collaboration entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires.

On estime qu'il faudra entre 6 et 10 milliards de dollars pour réaliser la mise en œuvre complète de l'Infostructure santé du Canada. Néanmoins, tous s'entendent pour dire que les avantages de cette infostructure de santé pancanadienne seront énormes.

Par conséquent, le gouvernement fédéral n'a pour seule option que de maintenir son initiative, poursuivre son approche collaborative et augmenter sa part de financement afin d'assurer le déploiement complet de l'Infostructure canadienne de la santé. Encore là, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les responsables de la santé bénéficiaires de fonds fédéraux devront rendre compte au gouvernement fédéral de l'utilisation de ces crédits.

Dans la mise en œuvre de cette option, la priorité doit être accordée au dossier de santé électronique étant donné qu'il s'agit là de la pierre angulaire d'un système de soins de santé efficient et adapté, capable d'améliorer la qualité des soins et la reddition de comptes. Sans une infrastructure de ce genre, on voit mal comment l'on pourrait axer véritablement le système sur les besoins des patients et le rendre plus efficient. D'ailleurs, le DSE est essentiel si l'on veut réaliser la réforme des soins de santé primaires.

10.2.2 Investir dans la télésanté dans les communautés rurales et éloignées

Les applications de la télésanté peuvent non seulement améliorer le partage de l'information entre les divers prestateurs de soins de santé et établissements, elles permettent également d'assurer des soins à grande distance. La télémédecine est une application de la télésanté qui peut améliorer grandement la qualité et l'opportunité des soins, particulièrement dans le Canada rural et les régions éloignées.

Jusqu'à 30 % de la population du Canada vit dans les régions rurales, éloignées et nordiques du pays. L'accessibilité aux soins de santé est l'un des quatre principes privilégiant les patients de la *Loi canadienne sur la santé*. Cependant, les Canadiens des régions rurales se plaignent de plus en plus des écarts qu'il y a entre les services offerts aux régions urbaines et ceux que l'on trouve dans les régions rurales et éloignées.

Le gouvernement fédéral a répondu aux préoccupations des Canadiens ruraux de plusieurs manières. Par exemple, il a créé en septembre 1998 le Bureau de la santé rurale afin de

s'assurer que l'on prenne mieux en compte les vues et les préoccupations des Canadiens ruraux dans l'établissement de la politique nationale de santé et les stratégies de renouvellement du système de santé. En février 1999, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il investirait 50 millions de dollars sur trois ans (de 1999-2000 à 2001-2002) afin de soutenir des projets pilotes relevant des « Innovations en santé rurale et communautaire ».

En juin 2000, le gouvernement fédéral a annoncé le lancement de sa Stratégie nationale en santé rurale qu'il considère comme une étape importante dans le processus qui donnera à tous les Canadiens un accès fiable à des soins de santé de qualité. Puis, en juillet 2001, le gouvernement fédéral a annoncé la création du Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale, qui doit conseiller le ministre fédéral de la Santé sur la façon dont le gouvernement fédéral peut améliorer la santé des communautés et personnes du milieu rural.

La télémédecine est une composante importante de la politique de santé rurale du gouvernement fédéral. Dans le contexte de la santé rurale, la télémédecine offre les avantages suivants : elle permet de remédier à la pénurie d'aidants en milieu rural et de compléter la formation médicale; améliore l'infrastructure de santé rurale; permet le respect du principe d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*, et assure un développement plus équitable des systèmes d'information de santé partout au pays.

Il est proposé ici au gouvernement fédéral qu'il maintienne les efforts qu'il déploie en matière de santé rurale et de télémédecine.

10.2.3 Assurer la confidentialité et le caractère privé des renseignements de santé personnels

Le caractère privé, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels de santé dans le contexte de l'infostructure de la santé ont peut-être constitué la question la plus délicate soulevée pendant les audiences du Comité sur le sujet. Ces termes sont parfois utilisés l'un pour l'autre, mais ils désignent en fait des notions bien différentes :

- *Le caractère privé des renseignements personnels* a trait au droit des personnes d'être maîtres de l'information qui concerne leur santé, qu'il s'agisse de leur collecte, de leur utilisation et de leur divulgation.
- *La confidentialité* a trait à l'obligation des fournisseurs de soins de santé de protéger l'information qui concerne la santé de leurs patients, de la garder secrète et de ne pas l'utiser ou la divulguer à mauvais escient.
- *La sécurité* a trait à l'ensemble des normes entourant les systèmes d'information qui protègent l'accès au système et l'information qu'il contient.

En somme, le caractère privé de l'information a pour corollaire l'obligation de respecter son caractère confidentiel et d'assurer sa sécurité. La protection de la vie privée au Canada est une responsabilité que partagent les gouvernements fédéral, provinciaux et

territoriaux. À l'heure actuelle, le cadre juridique de la protection de la vie privée est une mosaïque de lois, politiques, règlements et codes de pratique volontaires. On a dit au Comité que le premier pas à faire consiste à faire admettre la nécessité d'harmoniser les lois et règlements au Canada de telle sorte que la vie privée des Canadiens en matière de santé soit protégée. Les témoins ont fait valoir la nécessité de montrer aux Canadiens que les gouvernements prennent bel et bien toutes les mesures nécessaires afin de mettre en œuvre des règles rigoureuses à cet égard.

Le Comité a été heureux d'apprendre qu'une résolution visant à harmoniser toutes les lois dans ce domaine est examinée par toutes les juridictions et que l'on s'attend à ce qu'un accord soit conclu en ce sens bientôt. Au niveau technologique, on a déjà démontré qu'on peut réaliser un degré supérieur de confidentialité et de sécurité des renseignements de santé personnels dans un milieu électronique que dans un milieu de papier. Les problèmes qu'il reste à régler concernent surtout l'architecture des systèmes qui doivent être mis en place et leur gouvernance dans une perspective pancanadienne.

Cependant, le Comité se préoccupe du manque de progrès notable entre les responsables en ce qui concerne le projet de loi C-6, *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*. En novembre et décembre 1999, le Comité a tenu des audiences sur ce projet de loi. Les audiences ont surtout permis d'exprimer des préoccupations concernant l'application de la partie I du projet de loi à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels. Le Comité était d'avis que, même si la partie I est adéquate dans la mesure où elle établit des normes juridiques minimales pour la protection des renseignements personnels des Canadiens dans le domaine commercial, il y a lieu de s'interroger sur la pertinence de ces normes dans le secteur de la santé. Il a donc amendé le projet de loi de manière à reporter son application aux renseignements personnels sur la santé d'un an après l'entrée en vigueur de la loi (1er janvier 2001). Cet amendement avait pour objet de donner aux responsables du système de santé la possibilité de formuler les mesures législatives propres au caractère particulier des renseignements personnels sur la santé et de metre ces changements en place d'ici le 1er janvier 2002.. L'amendement a été accepté par la Chambre des communes, et le projet de loi a reçu la sanction royale le 13 avril 2000.

Lorsque le Comité s'est réuni pour étudier la question des informations de santé en mai 2001, les témoins ont indiqué qu'aucun consensus n'avait été réalisé sur les changements qu'il faut apporter au projet de loi C-6 si l'on veut assurer la circulation des données entre les responsables du système de santé qui prennent part à l'édification de l'Infostructure santé. L'application du projet de loi C-6 aux organisations présentes dans le système d'information de santé ainsi que dans la recherche en santé doit être clarifiée si l'on veut continuer de fournir les informations qui sont essentielles à l'amélioration de la santé de tous les Canadiens. Le Comité espère que des solutions seront trouvées à ce problème avant la fin du moratoire d'une année, soit le 31 décembre 2001.

10.3 Reddition de comptes et qualité

L'Infostructure santé du Canada va générer une quantité massive de renseignements de santé. En fait, l'Infostructure santé du Canada va « favoriser la création, l'analyse et la diffusion de la meilleure information qui soit afin de permettre aux patients, aux dispensateurs de soins de santé rénumérés ou bénévoles, aux gestionnaires de la santé et aux décideurs de prendre des décisions avisées[26] ». Tous les paliers de gouvernement ainsi que tous les responsables de la santé sont d'avis qu'un système de santé fiable permet de mieux rendre des comptes et d'assurer l'amélioration suivie de l'état de santé et du système de santé ainsi qu'une meilleure compréhension des éléments déterminants de la santé.

Le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces et les territoires, s'est clairement engagé à assurer une meilleure reddition de comptes dans le domaine de la santé avec la ratification de l'Accord des premiers ministres de septembre 2000. On a appris au Comité qu'un Comité de revue des indicateurs de rendement (CRIR), présidé par l'Alberta, et dont sont membres Terre-Neuve, le Québec, l'Ontario et Santé Canada, se penche sur ces problèmes et recommandera une liste d'indicateurs. De même, le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), intitulé *Les soins de santé au Canada*, est une étape vers la création d'un processus national de reddition de comptes pour tout le système de santé.

Récemment, le ministre Rock a affirmé que le gouvernement fédéral s'était engagé à créer un Conseil de citoyens sur la qualité des soins. C'est de concert avec les ministres de la Santé des provinces et des territoires que l'on décidera comment les membres seront nommés et le Conseil fonctionnera.

Le Comité est entièrement favorable à la création de ces indicateurs de rendement. Il faut mettre au point ces indicateurs de rendement selon un ensemble d'objectifs axés sur des résultats, et ces indicateurs seront des outils essentiels dans l'amélioration de la qualité des soins de santé. Ils formeront aussi la base d'une meilleure reddition de comptes des gouvernements au public canadien ainsi que d'une reddition de comptes entre gouvernements. Le Comité est également d'avis qu'un Conseil de citoyens sur la qualité des soins pourrait contribuer à l'élaboration d'objectifs axés sur les résultats.

10.3.1 Un rapport annuel sur l'état de santé des Canadiens et l'état du système de santé

En ce moment, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui reçoit des fonds du gouvernement fédéral et de la plupart des provinces, a la responsabilité de coordonner le développement et le maintien d'un système intégré de renseignements sur la santé. À cette fin, l'ICIS fournit une série d'indicateurs sur l'état de santé des Canadiens et sur le système de santé. On propose ici d'élargir les moyens d'analyse de l'ICIS et la capacité qu'il a de rendre ses rapports publics.

---

[26] Conseil consultatif sur l'infostructure de la santé, *Inforoute Santé du Canada : Voies vers une meilleure santé*, rapport final, février 1999.

10.3.2 Un conseil national sur la qualité des soins de santé

Cette option rejoindrait la recommandation de la Commission Fyke de la Saskatchewan qui propose la création d'un Conseil national de la qualité des soins de santé qui serait une organisation fiable et indépendante des gouvernements. Le conseil aurait pour objet de produire l'évaluation la plus objective qui soit de la prestation des soins de santé et rendrait des comptes au gouvernement ainsi qu'au grand public. Le conseil analyserait le rendement du système de santé, mettrait au point des critères et des normes, entreprendrait une analyse coût-utilité des programmes et services et dégagerait les tendances dans l'état de santé, etc.

Les indicateurs de rendement mis au point par le Conseil national de la qualité des soins de santé serviraient de fondation à l'amélioration de la qualité ainsi que de guide pour la répartition des ressources. Le Conseil isolerait les secteurs qui ont besoin de soutien et permettrait au public de prendre des décisions mieux informées relativement à certains secteurs et services ainsi qu'à l'ensemble du système. Cela faciliterait grandement l'optimisation des ressources publiques dont on dispose.

10.3.3 Assurer une meilleure reddition de comptes de la part des gouvernements

Les gouvernements peuvent rendre des comptes de deux manières. Dans le cadre de la première, le gouvernement fédéral rend compte aux Canadiens de ses politiques et programmes en ce qui concerne la santé (la reddition de comptes publique). Dans le cadre de la seconde, les gouvernements provinciaux et territoriaux rendent compte au gouvernement fédéral de l'emploi qu'ils ont fait des paiements de transfert fédéraux (reddition de comptes gouvernement à gouvernement).

Le gouvernement fédéral pourrait donner l'exemple en établissant un mécanisme permanent de reddition de comptes au public canadien sur les effets qu'ont ses politiques sur la santé et les soins de santé. On pourrait ainsi créer un poste de commissaire à la santé chargé de cette tâche. L'initiative appelée « Healthy People » dirigée par le chef des services de santé des États-Unis en collaboration avec le département américain de la Santé pourrait peut-être servir de modèle. *Healthy People* fixe une série d'objectifs de santé à atteindre sur une décennie et ceux-ci servent de point de départ pour mettre sur pied des activités et des programmes au niveau communautaire. Des indicateurs de santé permettent de faire un bilan des politiques publiques dans dix grands domaines : l'activité physique, la surcharge pondérale et l'obésité, le tabagisme, la toxicomanie, le comportement sexuel, la santé mentale, les blessures et la violence, la qualité de l'environnement, l'immunisation et l'accès aux soins de santé.

La seconde forme de reddition de comptes — gouvernement à gouvernement — pourrait se heurter à l'opposition de ceux qui croient que le gouvernement fédéral n'a aucun rôle à jouer dans la mise en œuvre des programmes provinciaux. De nombreux témoins se sont inscrits en faux contre cette opinion. Étant donné que le gouvernement fédéral verse beaucoup d'argent aux provinces pour la prestation des soins de santé, la reddition de comptes au

contribuable fédéral oblige le gouvernement à savoir si ses contributions sont bien ou mal dépensées. L'affirmation du rôle du gouvernement fédéral, pour ce qui est de la reddition de comptes gouvernement à gouvernement, ne vise nullement à empiéter sur les prérogatives provinciales, mais plutôt à permettre à tous les Canadiens de juger dans quelle mesure leurs impôts sont bien dépensés, et cela vise aussi le gouvernement fédéral qui a pour rôle de dispenser des services à certains segments de la population. Le Comité accueillera volontiers toute nouvelle idée sur la manière dont cette reddition de comptes pourrait se faire le plus efficacement possible.

CHAPITRE ONZE :

ENJEUX ET OPTIONS POUR LE RÔLE D'INFRASTRUCTURE : RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

11.1 Introduction

Quand il est question des ressources humaines dans le secteur de la santé, en particulier de la situation des infirmiers au Canada, l'existence d'une crise est fort plausible. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) signale que le nombre d'infirmiers autorisés exerçant leur profession a diminué de 7,2 p. 100 depuis 1989[27], tandis que leur proportion par rapport à la population canadienne est passée de un pour 120 habitants en 1989 à un pour 133 en 1999. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, une crise est imminente parce qu'on risque d'être à court de personnel infirmier qualifié. L'Association prévoit que d'ici 2011, il manquera au moins 59 000 infirmiers au Canada, et si l'on tient compte de tous les besoins d'une population vieillissante, il pourrait en manquer jusqu'à 113 000.

D'autres professionnels de la santé, depuis les techniciens de laboratoire jusqu'aux pharmaciens, ne sont pas assez nombreux non plus. Dans le cas des médecins, c'est plus difficile à dire puisque, même si leur nombre total a augmenté, leur proportion par habitant est restée relativement stable malgré une certaine fluctuation. Entre 1986 et 1991, elle s'est quelque peu améliorée, passant de 1 médecin pour 555 habitants à 1 pour 516. En 1996, le rapport de 1 pour 524 habitants était moins favorable et, en 1999, il était rendu à 1 pour 546, ce qui était moins bien mais néanmoins toujours inférieur à la proportion de 1986. Les projections récentes de l'Association médicale canadienne (AMC) donnent à penser que ce n'est pas fini. Celle-ci prévoit que d'ici 2021, si la tendance actuelle se maintient, la proportion va atteindre 1 médecin pour 718 habitants.

Pourtant, les données globales ne disent pas tout. L'accès à un médecin varie énormément selon la spécialité requise et le lieu de résidence. Nul doute que la répartition géographique des médecins fait problème depuis longtemps. Les zones rurales et éloignées ont toujours eu beaucoup de mal à recruter et à retenir tant les omnipraticiens que les spécialistes. D'ailleurs, l'écart se creuse entre la ville et la campagne au Canada. Il y a aussi de graves pénuries dans certaines spécialités, notamment en radiologie et en gériatrie. En outre, il semblerait que bien des jeunes et des femmes médecins[28] ne sont pas disposés à faire les longues heures de travail autrefois jugées normales en médecine, ce qui signifie qu'il faudra un plus grand nombre de médecins dans l'avenir.

---

[27] ICIS, Les soins de santé au Canada 2001.

[28] D'après les statistiques, les femmes médecins font moins d'heures que leurs collègues masculins, c'est-à-dire 48,2 heures par semaine en moyenne par opposition à 55,5 heures chez les hommes. Or, selon les projections du Groupe de travail du Forum médical canadien sur les effectifs médicaux au Canada (p. 11), 40 p. 100 des médecins seront des femmes en 2015.

De nombreux experts lancent toutefois l'avertissement que des facteurs complexes qui se chevauchent jouent sur la disponibilité et le déploiement des ressources humaines. Il peut y avoir pénurie même si le nombre de personnes qualifiées n'est pas insuffisant dans l'absolu. Par exemple, les infirmières ont délaissé la profession en grand nombre tant elles étaient déçues du manque d'avancement et des conditions de travail. Elles estiment en outre que leur formation les rend aptes à participer davantage au traitement des patients que ce n'est actuellement le cas.

Que faut-il faire alors : les encourager à reprendre l'exercice de leur profession, former un plus grand nombre d'infirmières, ou les deux? Certains suggèrent de réorganiser les soins primaires de manière à mieux exploiter les compétences différentes de tous les professionnels de la santé afin de contrer la pénurie réelle ou appréhendée de médecins, mais cette solution pourrait aussi avoir l'effet d'accroître la demande pour les infirmiers et, partant, d'empirer la pénurie actuelle.

Il semble certain, toutefois, qu'il n'existe pas de solution miracle aux problèmes des ressources humaines dans le domaine de la santé. Effectivement, même si on acceptait sans réserve de donner priorité à la formation, il faudrait des années pour instruire et former la plupart des professionnels de la santé. Le pire, c'est qu'il ne suffit pas d'augmenter le nombre de places disponibles dans les programmes en espérant qu'elles seront toutes occupées. Si les jeunes sont moins nombreuses à s'inscrire en soins infirmiers, par exemple, c'est en partie parce qu'un large éventail de carrières s'offre aujourd'hui aux jeunes femmes qui sortent des universités et aussi parce que les gens ont l'impression que la profession infirmière est devenue une carrière beaucoup moins intéressante à cause des compressions budgétaires dans le secteur de la santé.

Avant, le Canada pouvait compter sur le recrutement à l'étranger pour combler les postes vacants. Ainsi, plus de 50 p. 100 des médecins qui exercent en Saskatchewan ont des diplômes étrangers, c'est-à-dire qu'ils ont fait leurs études de médecine à l'étranger et sont venus poursuivre leur carrière en Saskatchewan. Mais, d'autres pays vivent maintenant les mêmes pénuries que notre système et il est plutôt insensé que les pays continuent inlassablement d'écrémer les élites professionnelles du secteur de la santé de leurs voisins.

11.2 Une stratégie nationale des ressources humaines s'impose

Toutes les organisations nationales représentant des professionnels de la santé, qui ont comparu devant le Comité lors de ses audiences sur la phase deux, ont soutenu qu'il fallait établir, pour les ressources humaines, une stratégie pancanadienne à long terme, conçue au Canada et coordonnée par le fédéral. Bien entendu, non seulement les services de santé à fournir à la population, mais aussi l'éducation et la formation sont des champs de compétence provinciale et territoriale. Le défi consiste donc à trouver le moyen d'élaborer une stratégie d'une manière que les provinces et territoires trouvent acceptable.

Le fédéral se doit de participer activement à la conception d'une telle stratégie pour plusieurs raisons. Tout d'abord, comme c'est lui qui est chargé des services de santé offerts à la population autochtone et au personnel militaire du Canada, il doit faire en sorte qu'un plan national des ressources humaines tienne compte de ses besoins tout autant que de ceux des provinces et territoires.

Ensuite, tout plan doit prendre en compte la mobilité des Canadiens, en particulier de ceux qui ont reçu un enseignement et une formation universitaires. Par conséquent, son élaboration sera le fruit d'une coopération fédérale-provinciale-territoriale, afin que les problèmes épineux touchant l'offre et la répartition géographique des ressources humaines en santé puissent être réglés comme il faut.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux s'opposeront peut-être à la participation du gouvernement fédéral à l'élaboration d'une stratégie nationale pour les ressources humaines. D'ailleurs, lors de leur réunion d'août 2001, les premiers ministres des provinces et les dirigeants des territoires ont convenu d'accroître la coopération interprovinciale pour assurer un bassin suffisant de fournisseurs de soins de santé, indépendamment du gouvernement fédéral.Cependant, le Comité croit qu'il faut une stratégie nationale (et non une stratégie uniquement fédérale) à laquelle tous les gouvernements participeraient.

Le Comité souhaite recevoir des observations sur le meilleur moyen de coordonner les activités des différents ordres de gouvernement dans le domaine.

11.3 Vers une structure horizontale

Deux autres questions au sujet des ressources humaines commandent nettement l'attention de tous les gouvernements :

- Comment peut-on exploiter le mieux possible l'éventail complet des différentes professions de la santé afin que toute la gamme des compétences de chacune soit utilisée efficacement?
- Comment peut-on recruter, former et retenir un nombre suffisant de professionnels de la santé, capables de s'adapter à l'évolution de la santé et des besoins en soins de santé de la population canadienne?

Le fait que ces deux questions se chevauchent est une autre indication de la complexité des problèmes que pose la planification des ressources humaines. La demande pour les différentes professions de la santé dépendra en partie de la façon dont on conçoit la santé et les besoins en soins de santé de la population, et c'est la vigueur de cette demande qui devrait déterminer les priorités en éducation et en formation. En outre, les diverses carrières en santé et en soins de santé seront plus ou moins attrayantes selon l'interaction des différentes professions en milieu de travail.

Il existe actuellement une « hiérarchie » des professionnels de la santé et autres dispensateurs de soins. Les médecins spécialistes sont généralement placés au sommet, suivis des médecins de famille et des diverses catégories d'infirmières, depuis celles qui ont une formation poussée (infirmières de première ligne) jusqu'aux auxiliaires (infirmières auxiliaires). D'autres professionnels, depuis les pharmaciens jusqu'aux technologistes médicaux, font moins parler d'eux mais sont tout aussi essentiels au bon fonctionnement du système. Viennent ensuite les praticiens de diverses médecines douces qui luttent sans cesse pour obtenir une reconnaissance pleine et entière de leur apport à la santé et au bien-être des Canadiens. Enfin, il y a une armée d'aidants naturels et de bénévoles dont le travail, pourtant indispensable, est souvent tout à fait méconnu.

Il faut donc se demander sans détours s'il ne serait pas opportun de délaisser cette hiérarchisation au profit d'une structure « horizontale » des ressources humaines en santé, qui remettrait en question l'idée que les « spécialistes » sont au-dessus des autres médecins parce qu'ils possèdent une connaissance plus approfondie d'un domaine que leurs collègues omnipraticiens, ou encore l'idée que les médecins en général sont nécessairement plus hautement qualifiés que les infirmières. Dans une structure horizontale, on présume plutôt que chaque profession a ses forces et doit donc être valorisée et bien déployée.

Réfléchissons par exemple à certains faits exposés dans un rapport de 1999 de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario :

- Le tiers des services médicaux facturés par des spécialistes ontariens en 1997 (ayant coûté 1,4 milliard de $ en tout) auraient pu être rendus par des omnipraticiens.
- En 1997, les cinq codes de facturation les plus fréquents chez les omnipraticiens ontariens représentaient environ 69 p. 100 du montant total facturé par ceux-ci (1,2 milliard de $). Les voici : évaluations intermédiaires (pédiatrie), évaluations générales, évaluations mineures, psychothérapie individuelle et counseling. D'après les cliniciens conseillant la Commission de restructuration, la plupart de ces services, voire tous, auraient pu être rendus par des infirmières praticiennes, des infirmières et de nombreux professionnels de la santé bien formés.

Le Dr Duncan Sinclair, président de la Commission, a ensuite déclaré :

« Nulle part au Canada, on exploite la pleine mesure de nos professionnels de la santé hautement qualifiés, qui ont reçu à grands frais une excellente formation : spécialistes, médecins de famille, infirmières, pharmaciens, thérapeutes en réadaptation, etc.

Faire faire par un médecin le travail qu'une infirmière praticienne ou une infirmière pourrait effectuer, c'est comme faire venir un électricien pour changer

une ampoule ou demander à un mécanicien breveté de faire le plein et de vérifier le niveau d'huile et la pression des pneus. Ces spécialistes feraient-ils du bon travail? Certainement! Mais est-ce que ce serait utiliser judicieusement leur temps, leur formation et leur expertise? Pas du tout! Ce serait une utilisation coûteuse et inefficiente de ressources déjà limitées que sont l'argent et le savoir de gens très doués. »

11.4 La réforme des soins primaires et les ressources humaines

L'un des principaux obstacles à l'établissement d'un plan qui aiderait à résoudre ces problèmes, c'est l'existence de règles définissant ce que les diverses professions peuvent et ne peuvent pas faire, c'est-à-dire les domaines de pratique de chacune. Autrement dit, il faut absolument prendre en considération l'incidence de la réforme des soins primaires sur notre capacité de rationaliser l'utilisation des ressources humaines en santé. Les soins primaires forment le premier palier des soins de santé, celui où les gens entrent habituellement en contact avec le système de santé et celui qui les aide, leurs familles et eux, à prendre la meilleure décision pour leur santé. Il faut donc que les soins primaires soient :

- coordonnés
- accessibles à tous les consommateurs
- fournis par tous les professionnels de la santé ayant les connaissances voulues pour répondre aux besoins des gens et des communautés desservis
- justifiés auprès des citoyens concernés au moyen d'une structure de gestion communautaire.

Bref, l'équipe multidisciplinaire constitue le noyau des soins primaires, mais loin d'avoir pour objectif de substituer un dispensateur de soins de santé à un autre, elle devrait plutôt analyser les compétences propres à chacun de ses membres pour en coordonner un déploiement judicieux. Le patient a besoin de voir le travailleur de la santé qui est le mieux outillé pour s'occuper de son problème.

À l'heure actuelle, la prestation des soins de santé au Canada ne reflète habituellement pas le concept des soins primaires (bien que les centres de soins communautaires soient un modèle d'organisation qui fournit des services de santé suivant ce concept). Souvent, les services de santé ne sont pas coordonnés et ils ne sont pas fournis non plus par le praticien approprié, à telle enseigne que les connaissances et le savoir-faire de nombreux praticiens sont mal exploités.

La réforme des soins primaires est maintenant la grande priorité de l'ensemble des provinces et territoires. En septembre 2000, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont convenu de l'accélérer. Ils ont tous accepté de promouvoir la constitution d'équipes multidisciplinaires de soins primaires qui constitueraient le point de contact des Canadiens avec le système de santé.

Le gouvernement fédéral soutient activement les efforts déployés par les provinces et territoires pour réformer et renouveler les soins primaires. En particulier, il a établi un fonds des soins de santé primaires de 800 millions de dollars sur quatre ans (2000-2004) pour soutenir les coûts du passage vers la mise en œuvre d'initiatives systémiques de soins de santé primaires à grande échelle. Quelque 70 p. 100 des fonds seront consacrés aux réformes provinciales et territoriales majeures, les 30 p. 100 restants serviront à appuyer des initiatives nationales ou relevant de plusieurs compétences qui auront pour but d'accélérer la réforme des soins de santé primaires.

L'implantation d'une stratégie de soins primaires, comme nous l'avons indiqué antérieurement, oblige aussi à repenser le paiement à l'acte qui constitue actuellement le principal mode de rémunération des médecins. C'est un principe qui dissuade les médecins de favoriser le travail en équipe, puisque le montant de leurs honoraires dépend du nombre de patients qu'ils voient. De plus, il encourage les médecins de famille à diriger automatiquement la plupart des cas complexes vers des spécialistes puisque rien ne les incite à consacrer plus de temps aux patients « difficiles ». Enfin, le paiement à l'acte renforce l'impression populaire d'une « hiérarchie » du système de santé et ne peut faire autrement qu'amener les patients à exiger de toujours consulter le praticien le plus « hautement » qualifié, qu'il soit ou non le plus apte à répondre à leurs besoins.

Les formules les plus susceptibles de remplacer le paiement à l'acte sont le salaire et le paiement par capitation qui rémunère les médecins selon le nombre de personnes inscrites sur leur liste de patients. Présentement, des médecins ayant une lourde tâche d'enseignement ou des fonctions administratives accaparantes touchent un salaire, et il y a eu plusieurs initiatives destinées à instaurer, dans diverses provinces, la médecine de groupe qui a recours à certaines formes de capitation. Il est aussi possible de conjuguer ces diverses formes de rémunération (comme on le fait en Grande-Bretagne).

Trouver d'autres formules pour la rémunération des médecins n'est pas le seul obstacle à surmonter si l'on veut réformer le système actuel afin de mieux utiliser toutes les catégories de ressources humaines dans le domaine de la santé. La réforme remet nécessairement en question la répartition actuelle du pouvoir décisionnel et elle est donc susceptible de se heurter à la résistance de tous ceux qui donnent présentement l'impression d'être les plus puissants. La réforme des soins primaires aurait pour effet d'accroître le nombre de personnes en haut de la pyramide et il faudrait trouver le moyen de convaincre ceux qui s'y trouvent déjà de partager leur pouvoir.

Bref, les options qui permettraient d'utiliser plus efficacement tout l'éventail des ressources humaines dans le secteur de la santé, en opérationnalisant une structure « horizontale », sont intimement reliées à la réforme des soins primaires qui garantirait aux patients l'accès à des soins de longue durée prodigués par des professionnels de la santé aux compétences différentes. Il faut souligner que c'est particulièrement important pour une société vieillissante qui exigera des services de plus en plus diversifiés du système de santé. Il faudra aussi veiller à ce que la formation des professionnels de la santé leur permette de suivre

l'évolution constante du système et surtout les rende aptes à apporter une contribution productive aux équipes multidisciplinaires.

11.5 Mesures incitatives visant les patients

Enfin, il importe de réfléchir à divers moyens d'encourager les patients eux-mêmes à obtenir les soins qui conviennent le mieux à leur cas. Les Canadiens ont été amenés à croire qu'ils doivent absolument consulter un médecin alors qu'une infirmière ou une infirmière praticienne ferait l'affaire, ou qu'ils ont besoin d'un spécialiste alors qu'un omnipraticien pourrait aisément prodiguer des soins de qualité comparable. Le système des soins de santé doit être organisé de façon que les patients puissent consulter le professionnel de la santé approprié et il faut prévoir des mesures incitatives qui récompenseront les patients qui font le bon choix, ou pénaliseront ceux dont les décisions coûtent cher au régime pour rien.

Parmi les options envisageables pour atteindre ce but, il y a les frais modérateurs qui seraient exigés uniquement lorsqu'un patient insiste pour voir un certain professionnel de la santé alors que celui-ci est considéré comme un point de contact inutile entre le patient et le système. Si le patient était dirigé sur les recommandations d'un professionnel de la santé (infirmière de triage, omnipraticien), ce serait gratuit, mais si c'était le patient lui-même qui demandait une nouvelle consultation, il serait tenu de payer des frais modérateurs pouvant varier selon la catégorie du professionnel consulté. Ces frais pourraient être remboursés si, en définitive, la consultation s'avérait nécessaire, afin de ne pas trop décourager ceux qui voudraient faire confirmer leur diagnostic. Il serait aussi possible d'assurer des délais d'attente plus courts pour les consultations de certaines catégories de professionnels et de s'en servir pour sensibiliser les consommateurs au coût des services de santé et les inciter à dépenser moins.

Le Comité voudrait connaître l'opinion des lecteurs sur les récompenses et les sanctions qui réussiraient le mieux à encourager les patients à changer d'attitude, c'est-à-dire en les aidant à faire la distinction entre un besoin réel et un choix personnel, et aider le système des services de santé à coûter moins cher tout en conservant le même degré d'efficacité médicale.

11.6 Recruter, former, retenir

Selon la plupart des estimations, toutefois, la seule réforme des soins primaires ne saurait résoudre tous les problèmes de ressources humaines prévisibles. En outre, la mise en œuvre de cette réforme prendra du temps, ne serait-ce que parce qu'elle devra surmonter les nombreux préjugés et comportements profondément enracinés tant chez les professionnels que chez les consommateurs, et qu'elle devra saper petit à petit la hiérarchisation qui caractérise encore la structure de notre système de santé.

Certains problèmes de ressources humaines touchent toutes les professions de la santé, tandis que d'autres sont propres à certaines disciplines. Par exemple, toute une série de décisions mises en application dans les années 90 afin de limiter la hausse des dépenses de santé

a entraîné la fermeture d'hôpitaux, la diminution du nombre de places dans les facultés de médecine, la précarisation de nombreux emplois dans le système de santé, etc. Des effectifs réduits devaient faire plus avec moins. Médecins et infirmières se sont plaints de ne plus arriver à fournir les soins qu'ils voulaient donner, qu'ils avaient été formés pour prodiguer, et que leurs patients demandaient et nécessitaient. De plus, la lourdeur de la charge de travail et l'essor de la recherche font qu'il est très difficile pour tous les professionnels de la santé de rester à jour dans leur domaine.

11.6.1 Financement

La plupart de ces grandes questions de ressources humaines sont reliées à la quantité de ressources à la disposition du système de santé. Autrement dit, elles sont très influencées par le niveau de financement global. S'il faut plus de ressources humaines, où ira-t-on les chercher et comment les paiera-t-on? Les options reliées à ces questions ont été exposées au chapitre 8 du rapport, qui porte sur le financement.

11.6.2 Recherche

Mais il y a aussi des questions générales qui concernent les ressources humaines mêmes. La première, c'est la disponibilité des données qui permettront une planification efficace des ressources humaines. Énormément de connaissances font encore défaut sur l'état des effectifs actuels et sur notre capacité de prévoir les besoins futurs. À cet égard, le gouvernement fédéral doit continuer de jouer un rôle important pour que des données exactes soient recueillies et diffusées à tous les ordres de gouvernement et à tous les intervenants du système de soins de santé.

11.6.3 Contrer l'exode des professionnels

Depuis des années, les médias accordent énormément d'attention à l'« exode des cerveaux » du secteur de la santé. L'étendue et les causes de cette migration des professionnels chevronnés vers le sud sont controversées. Mais les faits semblent effectivement mener à la conclusion que, comme pour la plupart des questions sur les ressources humaines en santé, les analyses simplistes ne sont d'aucun secours.

On a parfois soutenu que la lourdeur du fardeau fiscal au Canada poussait les professionnels aux revenus élevés vers des régimes plus cléments. Or, les enquêtes effectuées auprès des médecins montrent pourtant que, habituellement, l'augmentation du revenu n'est pas le principal motif de leur départ; ce sont plutôt les conditions dans lesquelles ils exercent leur profession qui viennent au premier rang. De même, les infirmières qui vont s'établir aux États-Unis disent souvent qu'elles y sont attirées par la possibilité de se perfectionner, entre autres, plutôt que par les salaires plus élevés (on ne peut non plus passer sous silence le fait que, pour les infirmières, la possibilité d'occuper un poste à plein temps au lieu d'un emploi à temps partiel ou occasionnel, exerce une grande force d'attraction).

Autrement dit, c'est l'ensemble des conditions de travail faites aux professionnels de la santé qu'il faut revoir si l'on veut retenir le plus grand nombre possible d'entre eux au Canada. Il ne faut pas se concentrer sur un seul facteur, par exemple la baisse des niveaux d'imposition.

En outre, c'est le même ensemble de conditions de travail qui serait susceptible de convaincre les professionnels de la santé déjà partis de revenir au pays. Dans un rapport rédigé dernièrement à l'intention des premiers ministres provinciaux, il est suggéré que le gouvernement fédéral assume la coordination d'une campagne pour inciter les professionnels de la santé à rentrer des États-Unis[29]. Il est certain qu'un effort concerté de la part des deux ordres de gouvernement aurait de meilleures chances de réussir, vu l'enchevêtrement des problèmes qui ont contribué au départ d'un grand nombre de professionnels de la santé du Canada.

Nous allons maintenant examiner brièvement certaines des questions se rapportant aux diverses professions et aux types de soins.

11.7 Les médecins

11.7.1 La formation

Pour tenter de freiner la hausse des coûts, on a réduit le nombre de places dans les facultés de médecine au cours de la dernière décennie. D'ailleurs, en 1991, le rapport Barer-Stoddart avait recommandé une diminution de 10 p. 100 des admissions dans les facultés de médecine du Canada et des places de médecins résidents, afin de régler le prétendu problème de la hausse injustifiée du nombre de médecins.

Les auteurs du rapport avaient prévenu qu'il ne fallait pas donner suite à cette recommandation si les autres qu'ils proposaient n'étaient pas toutes mises en application[30] (53 en tout). Malgré cet avertissement, c'est précisément ce que les décideurs ont fait. En conséquence, d'après les données de l'Association des facultés de médecine du Canada, les effectifs de la première année de médecine ont diminué de 16 p. 100 depuis 1991. Aujourd'hui, le Canada est le pays où c'est le plus difficile d'être admis en médecine. Le nombre d'étudiants inscrits y est actuellement de 1 570, soit 1 pour 19 000 citoyens, ce qui nous place loin derrière les autres pays industrialisés tels que le Royaume-Uni (1 pour 12 200 citoyens) ou l'Australie (1 pour 13 500).

La hausse des frais de scolarité des facultés de médecine au pays est un autre aspect de la question des effectifs. Certains craignent que, bientôt, seuls les nantis aient les moyens de s'inscrire en médecine.

---

[29] Comme le rapportait le *Globe and Mail*, le samedi 28 juillet 2001, p. A1.

[30] Le rapport se lit comme suit : « … les politiques sur le nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine pourraient faire plus de tort que de bien si elles étaient appliquées isolément, sans être conjuguées à des politiques complémentaires visant les diplômés des facultés de médecine étrangères, le financement des centres hospitaliers universitaires, la résidence et le contrôle de la qualité, pour ne mentionner que celles-là. » (p. 6)

Voici des options auxquelles il faut réfléchir :

- Une aide financière fédérale sous forme de prêts étudiants
- Le financement de l'accroissement des effectifs en médecine

11.7.2 Répartition géographique inégale

Comme nous l'avons déjà souligné, tous s'accordent à dire que la répartition géographique des médecins est de plus en plus inégale, ce qui entraîne une restriction de l'accès aux services de santé nécessaires dans les régions rurales et les régions éloignées du Canada. Les faits donnent à penser que les médecins qui commencent à exercer en cabinet sont plus susceptibles de s'établir dans l'une des régions rurales ou éloignées s'ils en sont originaires ou si leur formation les a exposés aux défis intéressants associés à la pratique de la médecine dans ces endroits.

Dès la parution du rapport Barer-Stoddart en 1991, différentes mesures ont été proposées pour atténuer l'effet de la pénurie de médecins dans les régions mal desservies. Nombre d'entre elles, y compris celles qui suivent, méritent réflexion aujourd'hui encore :

- réserver des places dans les facultés de médecine pour les étudiants admissibles qui veulent s'engager à pratiquer dans une région rurale;
- réviser les conditions d'admission en médecine de façon à favoriser les bons candidats originaires de régions rurales;
- mieux familiariser les étudiants, internes et résidents avec les régions rurales;
- établir de nouveaux programmes de résidence conçus expressément pour former des spécialistes qui donneront des consultations dans les régions rurales;
- adopter ou améliorer les mesures financières pour inciter les médecins à choisir les spécialités qui font défaut dans les régions rurales.

Bien que ces mesures se trouvent en dehors de ses champs de compétence, le fédéral pourrait peut-être néanmoins contribuer financièrement à de telles initiatives dans le cadre d'une stratégie nationale globale pour les ressources humaines en santé, qui serait négociée par les autorités fédérales-provinciales-territoriales. Il ne fait en tout cas aucun doute qu'un programme d'incitatifs destinés à contrer les problèmes de rémunération et les autres conditions de travail s'impose pour apporter des solutions au problème de plus en plus sérieux des pénuries de médecins en région éloignée et rurale.

11.8 Les infirmières

Les facteurs qui mécontentent les effectifs infirmiers du monde entier au XXI[e] siècle sont complexes. Ils présentent de nombreux aspects et s'entremêlent de questions de

sexisme, de pouvoir et d'économie, sans parler du malaise social quasi généralisé parmi les employés, qui déborde le cadre de la profession infirmière. Les dix années de compressions n'ont fait qu'exacerber les problèmes du système de santé puisqu'elles ont donné lieu au mécontentement des patients, à des charges de travail écrasantes pour l'ensemble des infirmiers et infirmières, à la destruction de la loyauté professionnelle et à la démoralisation de tous les travailleurs de la santé. Il n'y a pas de *solution miracle* ni de stratégie qui, à elle seule, réussira à renverser la vapeur. Cela dit, certaines stratégies à court terme seraient susceptibles de faire disparaître quelques-uns des agacements que ressentent quotidiennement les infirmières et, conjuguées à une planification systémique à long terme des effectifs, devraient contribuer à améliorer considérablement la vie professionnelle du personnel infirmier, notamment :

- le lieu de travail doit lui-même être sain et sûr
- les instruments de travail doivent être disponibles
- le travail à faire doit être assez intéressant et agréable pour apporter une satisfaction intrinsèque à celles qui l'exécutent, tout en étant bien récompensé, valorisé et respecté à l'extérieur de la profession
- les heures de travail doivent faciliter la juxtaposition de la vie familiale et de la vie professionnelle, surtout dans un domaine dont l'effectif est majoritairement féminin.

Le gouvernement fédéral coopère déjà avec les provinces et territoires pour établir des stratégies destinées à améliorer les conditions de travail des infirmières de tout le pays et pour aider à assurer un nombre suffisant d'infirmières dans l'avenir. Il faut que ces stratégies visent notamment les sujets suivants :

- ***La charge de travail.*** Les soins aux patients forment un secteur travaillistique puisqu'ils requièrent toute une équipe de soutien formée des services responsables des locaux, des services alimentaires, des services administratifs, des préposés au déplacement des matières, des patients et de l'équipement. Comme les infirmières constituent une ressource chère de plus en plus limitée, on ne peut pas se permettre de leur faire exécuter ces tâches qui débordent les soins infirmiers proprement dits. *Le minimum serait de régler le problème de la charge de travail* dans l'ensemble du système.

- ***Le mode de vie.*** Garderies sur les lieux de travail ou non loin de là, stationnements sûrs et pratiques, systèmes d'établissement des horaires plus souples (au moyen de logiciels), horaires novateurs, révision des conventions collectives pour permettre des horaires à la carte (p. ex. postes de travail de durée variée, postes de travail permanents, etc.), nourriture à la disposition de tous les travailleurs quel que soit leur lieu ou poste de travail.

- ***L'emploi.*** Créer des emplois permanents à plein temps. Les études montrent que l'anxiété, l'épuisement professionnel, l'absentéisme et les ennuis de santé croissent avec la précarité de l'emploi.

- ***L'exercice de la profession et le leadership.*** Les infirmières sont démoralisées et souffrent d'un manque d'enthousiasme systémique au travail. Elles veulent être considérées comme de vraies profesionnelles capables de contribuer utilement aux décisions concernant les soins aux patients. Elles veulent avoir le temps de fournir des soins de qualité. Elles recherchent la liberté, l'innovation et un milieu de travail sûr. Il faut absolument que les cadres des soins infirmiers et les infirmières chefs jouent le rôle de meneurs dans le domaine. Autrement dit, si un seul poste de cadre dans un établissement est occupé par une infirmière, on ne saurait parler d'un leadership infirmier. Il faut mettre le potentiel en valeur à tous les niveaux et à l'échelle nationale si l'on veut améliorer l'exercice de la profession dans les établissements de soins infirmiers.

- ***L'équipement et les fournitures.*** Il faut dresser immédiatement un inventaire dans tous les établissements au pays, et toute pièce d'équipement qui manque, qui est défectueuse ou dangereuse doit être remplacée ou réparée sans délai. C'est une intervention rapide qui pourrait rapporter au centuple en quelques semaines à peine. Il faut être attentif à des aspects élémentaires, par exemple le mode de financement de l'équipement. Les infirmières n'ont pas besoin de scanners IRM pour prodiguer des soins, mais de thermomètres et de fauteuils roulants, de serviettes et de ciseaux, de soulève-malades et de tiges à soluté, d'ordinateurs et de livres, et même de voitures pour les cliniques communautaires.

- ***L'éducation.*** Pour les infirmières, la formation est continue. Il faut mettre sur pied un système de soutien à l'éducation permanente (formation interne assurée par l'employeur et formation institutionnelle, plus le personnel suppléant nécessaire, les frais de scolarité, les infirmières monitrices en milieu de travail).

11.9 Les autres professionnels de la santé

De nombreux autres professionnels de la santé, depuis les pharmaciens jusqu'aux technologistes médicaux en passant par les techniciens en ultrasons, ont formulé les mêmes plaintes que celles exprimées par les médecins et les infirmières au sujet de la détérioration des conditions de travail dans tout le réseau médico-hospitalier. De plus, comme ces autres catégories de professionnels sont souvent moins visibles que les médecins et infirmières, cela signifie que leurs préoccupations passent souvent inaperçues. Ainsi, au cours de ses audiences, le Comité a appris que, la technologie médicale étant un domaine qui attire surtout ceux qui sont doués en technique, de nombreux programmes de formation ont du mal à remplir les places disponibles même si tous les étudiants sont pourtant assurés de trouver un emploi à la fin de leur cours. Dans le cas des autres professionnels de la santé, il y a aussi le problème constant du manque de données exactes sur l'évolution de la situation.

11.10 Résumé

Le problème de la planification des ressources humaines pose quatre grandes questions:

- Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer dans l'établissement d'un plan national des ressources humaines pour l'ensemble du personnel des services de santé?
- Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer pour aider à la mise en œuvre d'un tel plan (p. ex. financer l'infrastructure ou subventionner les programmes de formation)?
- Comment peut-on montrer aux Canadiens à reconnaître s'ils ont vraiment besoin de services de santé ou encore les inciter à faire la distinction entre leurs désirs et leurs besoins?
- Comment peut-on convaincre ceux qui occupent actuellement le sommet de la structure hiérarchique de céder un peu de leur pouvoir et de modifier les règles définissant les domaines de pratique afin d'arriver à une utilisation plus efficiente du personnel de la santé (l'efficience signifiant qu'un patient est toujours vu par le travailleur de la santé qui est apte à répondre à ses besoins et qui le dirigera vers le prestataire d'un autre service si cela s'impose)?

Répondre à ces questions n'est pas chose facile parce que les deux premières dépendent du calendrier et de la nature exacte des progrès qu'on pourrait établir en répondant aux deux dernières.

CHAPITRE DOUZE :

QUESTIONS ET OPTIONS CONCERNANT LE RÔLE À JOUER EN MATIÈRE DE SANTÉ DE LA POPULATION

Le document de travail intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, publié en 1974 par le ministre fédéral de la santé de l'époque, M. Marc Lalonde, a joué un rôle clé dans la façon dont sont conçus les soins de santé tant au Canada qu'ailleurs. Ce document reconnaît l'incidence du comportement sur l'état de santé et insiste sur la nécessité pour les Canadiens d'assumer une plus grande part de responsabilité à cet égard. Il fait surtout valoir qu'un bon système de soins de santé n'est que l'un des nombreux facteurs grâce auxquels la population se maintient en bonne santé. Certains spécialistes laissent entendre, depuis quelques années, que la santé de la population dépend à 25 % du système de soins de santé, alors qu'elle dépendrait à 75 % de facteurs tels que la biologie et le bagage génétique, l'environnement physique et les conditions socio-économiques.

En fait, comme le souligne le rapport du Comité pour la phase un, il y a accord sur le fait que de multiples facteurs – appelés déterminants de la santé – exercent une influence sur l'état de santé. Mentionnons, parmi ces facteurs, le revenu et le soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, l'environnement social, l'environnement physique, les habitudes personnelles en matière d'hygiène et les capacités d'adaptation, le développement au cours de la jeune enfance, les soins de santé, le sexe et la culture.

Le terme « santé de la population » est utilisé pour désigner l'état de santé général d'une population qui découle de tous ces déterminants. Contrairement aux soins de santé classiques qui sont offerts à des personnes individuellement lorsqu'elles deviennent malades, les stratégies d'amélioration de la santé de la population ont pour but, comme leur nom l'indique, d'améliorer la santé d'une population entière grâce à des politiques et des programmes à grande échelle qui ciblent ces principaux déterminants de la santé.

L'objectif d'une démarche axée sur la santé de la population est d'empêcher que ne surviennent des problèmes médicaux qui requerraient un traitement dans le système de soins de santé. Elle est donc orientée vers la prévention plutôt que vers le traitement des blessures ou des maladies.

Du même coup, il est important de reconnaître qu'une telle démarche ne vise pas le remplacement des soins de santé classiques; en dégageant les meilleurs moyens d'améliorer l'état de santé de la population; on tente plutôt de tenir compte de tous les déterminants de la santé ainsi que de leurs interactions. Les défenseurs d'une telle approche croient qu'en investissant davantage de ressources financières et humaines de la sorte nous en arriverons à améliorer l'état de santé d'une population donnée et qu'en fin de compte nous réduirons la demande de services nécessaires pour traiter les maladies.

L'un des aspects les plus intéressants d'une démarche axée sur la santé de la population est l'élargissement qu'elle permet du cadre de compréhension des raisons pour lesquelles l'état de santé général n'est pas uniforme à travers tout le Canada. Notre système de soins de santé universel a permis un accès équitable à des services assurés, mais pas nécessairement à une bonne santé pour tous. Une série d'indicateurs de l'état de santé montrent d'importantes disparités entre les Canadiens selon le lieu géographique, les facteurs démographiques, les conditions socio-économiques, le sexe et ainsi de suite.

Les stratégies d'amélioration de la santé de la population englobent donc une vaste gamme d'activités allant de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie à des politiques et des programmes de nature générale qui exercent une influence sur la répartition du revenu, l'accès à l'éducation, le logement, la qualité de l'eau potable, la sécurité au travail, etc., autant de facteurs qui ont des effets sur l'état de santé.

12.1 Les tendances observées pour les maladies

La révolution qui a eu lieu au XX^{e} siècle dans les soins de santé a modifié de manière importante les modèles de prévalence des maladies, les maladies infectieuses ayant été progressivement supplantées par les maladies non transmissibles dans les causes de décès. Aujourd'hui, les maladies chroniques telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires sont les principales causes de décès et d'invalidité au Canada, alors que les blessures accidentelles se classent au troisième rang. Cependant, certaines maladies infectieuses qu'on croyait avoir vaincues réapparaissent – la tuberculose par exemple – et les antibiotiques se révèlent de moins en moins efficaces contre elles. Le transport rapide des aliments et des gens à travers le monde fait également augmenter les risques de propagation des maladies infectieuses.

Au cours de la phase deux de son étude, le Comité a appris que le coût total des maladies pour 1998 avait été estimé à 156,4 milliards de dollars. Les coûts directs (tels que les soins hospitaliers, les services des médecins et la recherche en santé) s'élevaient à 81,8 milliards, tandis que les coûts indirects (tels que la perte de productivité et la baisse de la qualité de vie) comptaient pour 74,6 milliards de dollars. Les maladies diagnostiquées ayant entraîné les coûts les plus élevés ont été les maladies cardiovasculaires, les maladies musculo-squelettiques, le cancer, les blessures, les maladies respiratoires, les affections du système nerveux et les troubles mentaux.

Selon des témoins, il est possible de prévenir un grand nombre de maladies, de même que la plupart des blessures. À leur avis, la seule façon d'inverser les tendances observées pour les maladies et de réduire le fardeau de la maladie consiste à investir davantage dans la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la santé de la population. Plus important encore, ils ont toutefois aussi fait remarquer que les gouvernements visent surtout la guérison des maladies plutôt que leur prévention. À titre d'exemple, il convient de mentionner que la stratégie la plus courante à l'égard des maladies chroniques porte sur le traitement clinique et qu'il n'y a que peu de volonté politique d'accroître les ressources destinées à la promotion de la santé et la prévention de la maladie. De tels programmes ne donnant de résultats qu'à long terme

généralement, ils sont moins intéressants sur le plan politique que les investissements dans des installations comme les hôpitaux.

12.2 Quelques tendances dérangeantes

Comme nul ne l'ignore, la jeunesse d'aujourd'hui représente l'avenir de notre pays; c'est pourquoi les tendances qui menacent la santé des jeunes Canadiens sont particulièrement inquiétantes.

Une étude récente a donné l'alerte relativement à l'embonpoint et à l'obésité des enfants au Canada. Les chercheurs ont découvert que l'indice de masse corporelle des enfants ayant entre 7 et 13 ans a progressé de façon spectaculaire ces dernières années au Canada. En 1981, 15 % des garçons et des filles avaient un excès de poids, pourcentage qui est passé en 1996 à près de 29 % pour les garçons et à 23 % pour les filles. L'obésité des enfants a également plus que doublé pendant la même période. Selon les recherches, les enfants et les adolescents ayant un problème d'excès de poids sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé une fois adultes.

Les troubles de l'alimentation comme la boulimie ou l'anorexie mentale demeurent graves, surtout chez des jeunes femmes. Quelque 90 % des personnes atteintes de troubles de l'alimentation sont des femmes, troubles qui apparaissent habituellement entre l'âge de 14 et 25 ans. Au Canada, plus de 38 000 femmes souffrent d'anorexie mentale et plus de 114 000 de boulimie. Même si la majorité des complications d'ordre physique qui surviennent chez les adolescentes ayant des troubles de l'alimentation peuvent être réglées avec le temps, certaines sont irréversibles. En effet, les conséquences à long terme de tels troubles sont mal connues, mais l'on sait néanmoins que les jeunes souffrant de ces troubles risquent un retard ou un arrêt irréversible de leur puberté ainsi qu'une mauvaise acquisition du pic de la masse osseuse plus tard dans la vie ou encore de souffrir d'ostéoporose à l'âge adulte.

Selon Statistique Canada, la grande majorité des Canadiens connaissent les risques liés à l'usage du tabac – 4 % seulement des Canadiens de 12 ans ou plus en 1996-1997 estimaient que l'usage du tabac ne posait aucun risque pour la santé. Pourtant, plus d'un quart des Canadiens de ce groupe d'âge fument chaque jour ou à l'occasion, s'exposant ainsi au cancer du poumon, aux maladies cardiaques et à d'autres problèmes de santé. Qui plus est, un nombre important de jeunes commencent à fumer chaque année.

Il convient également de noter un certain nombre d'autres grandes tendances qui se manifestent dans la population canadienne. Selon un document préparé pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, 3 % des Canadiens souffrent de troubles mentaux graves et chroniques, comme les troubles bipolaires et la schizophrénie, qui sont sources de limites fonctionnelles et de handicaps sociaux ou économiques importants. Cela signifie qu'une personne de plus 15 ans sur 35 est touchée. Lors de l'Enquête nationale sur la santé de la population menée en 1994-1995, on a pu établir que 29 % des Canadiens vivaient de

forts niveaux de stress, 6 % se sentaient déprimés, 16 % estimaient que le stress réduisait leur qualité de vie et 9 % avaient des troubles cognitifs, difficultés de concentration ou troubles de mémoire. Ce sont chez les jeunes que l'on trouve en particulier les plus bas taux de bien-être psychologique.

Quelque 42 % des adultes au Canada n'ont pas les capacités nécessaires pour lire et comprendre des documents liés à leur vie quotidienne, comme des brochures traitant de questions de santé. Le Canada a ceci de particulier que les capacités de lecture et d'écriture de la population se détériorent dans la quarantaine, plutôt que plus tard comme c'est le cas en Suède. On a expliqué au Comité qu'un certain nombre de facteurs pouvaient expliquer cette particularité. Les Suédois lisent deux fois plus au travail et davantage chez eux que les Canadiens. Le taux de participation à la formation permanente est le double en Suède de ce qu'il est normalement au Canada et la formation permanente y touche toutes les catégories d'âge, tandis qu'au Canada elle diminue vers la quarantaine tout comme les capacités de lecture et d'écriture. Le Comité a également appris que, même si le niveau d'instruction de la population devait augmenter avec le temps, les capacités de lecture et d'écriture au cours des quelque décennies à venir demeureront stables à moins que l'on n'investisse de façon extraordinaire dans ce type de formation. Il s'agit là d'une préoccupation importante, car 15 % environ des capacités de lecture et d'écriture actuelles sont fonction des niveaux de la génération précédente. Ces capacités étant un facteur clé de l'état de santé, elles représentent donc un des vecteurs des comportements néfastes en matière de santé entre les générations.

12.3 Les déterminants de la santé : quelques données

L'immense diversité des déterminants de la santé explique en bonne partie la complexité des questions de santé, complexité exacerbée par l'interaction entre ces divers facteurs.

Selon de nombreux experts, c'est le statut socio-économique qui exerce la plus forte influence sur l'état de santé. Qu'il s'agisse de la façon dont les gens évaluent leur propre santé, de mortalité prématurée, de bien-être psychique ou de l'incidence des maladies chroniques, nous trouvons dans chaque cas une forte corrélation entre le statut socio-économique et l'état de santé. Les différences dans l'état de santé sont particulièrement évidentes lorsque nous établissons des comparaisons entre les groupes ayant les revenus les plus faibles et ceux ayant les revenus les plus élevés. Les Canadiens et Canadiennes ayant un faible revenu et un faible niveau de scolarité (les deux phénomènes étant souvent reliés) sont plus susceptibles d'avoir un piètre état de santé, quel que soit l'indicateur utilisé pour mesurer l'état de santé, et pour pratiquement tous les indicateurs et tous les facteurs qui influent sur la santé, on constate que l'état la santé des gens s'améliore avec l'élévation des niveaux de revenu et de scolarité.

En d'autres mots, les Canadiens ayant un revenu élevé ont plus de chances d'être en bonne santé que ceux qui ont des revenus moyens, ceux-ci étant à leur tour en meilleure santé que ceux qui n'ont qu'un faible revenu. En fait, on estime que si les taux de mortalité des personnes ayant les revenus les plus élevés s'appliquaient à tous les Canadiens, on pourrait éviter

plus d'un cinquième de la perte d'années potentielles de vie avant l'âge de 65 ans. On a également dit ce qui suit au Comité :

- Les Canadiens n'ayant que de faibles capacités de lecture sont plus susceptibles d'être chômeur et pauvre, d'avoir une moins bonne santé et de mourir plus tôt que ceux qui ont des capacités de lecture élevées;
- Les Canadiens ayant un niveau de scolarité élevé ont plus aisément accès à des environnements physiques sains et sont mieux en mesure de préparer leurs enfants pour l'école que les gens n'ayant qu'un faible niveau de scolarité. De façon générale ils fument moins, sont plus actifs physiquement et peuvent consommer des aliments plus sains;
- Malgré une baisse du taux de mortalité infantile, une hausse de la fréquentation scolaire et une diminution de l'abus des substances psychotropes dans beaucoup de collectivités autochtones, le risque de maladie et de décès prématuré demeure plus élevé chez les Canadiens d'origine autochtone que dans l'ensemble de la population canadienne.

12.4 Le rôle du gouvernement fédéral

Le rôle du gouvernement fédéral en matière de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de santé de la population est bien établi. Après la publication du rapport Lalonde en 1974, le ministère fédéral de la santé a créé des programmes communautaires et lancé des campagnes de sensibilisation visant la promotion de la santé (comme ParticipAction, Dialogue sur l'alcool et le Guide alimentaire canadien pour manger sainement).

Le rapport intitulé *La Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, publié en 1986 par le ministre de la Santé de l'époque, M. Jake Epp, visait à élargir la politique fédérale de manière à englober la promotion de la santé et la prévention des maladies. Ce rapport plaçait une importance particulière sur les déterminants de la santé. Les programmes lancés au cours de cette période comprennent : la Stratégie canadienne antidrogue, l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, Villes et villages en santé et la Stratégie canadienne sur le VIH/SIDA.

Dans les années 90, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont officiellement avalisé le concept de santé de la population. C'est ainsi qu'ont été publiés trois grands rapports offrant des données sur les déterminants de la santé des Canadiens et définissant des cadres visant à guider l'élaboration des politiques en matière de santé de la population et des stratégies connexes[31].

À la lumière de ces rapports, le gouvernement fédéral a trouvé un moyen de participer à l'élaboration et à l'application de politiques et programmes qui concernent la santé des Canadiens hors du secteur traditionnel des soins de santé (responsabilité provinciale ou territoriale). En 1997-1998, Santé Canada a adopté officiellement un cadre de santé pour la

[31] Un résumé de ces rapports se trouve au chapitre 5 du rapport de la Phase un du Comité.

population dans lequel s'inscrit ses programmes et initiatives. D'autres agences et ministères fédéraux participent également aux stratégies d'amélioration de la santé de la population :

- La santé de la population est l'un des quatre axes de recherche en santé aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'Institut de la santé publique et des populations d'IRSC appuie en particulier la recherche portant sur les interactions complexes (biologiques, sociales, culturelles et environnementales) qui déterminent la santé des individus, des collectivités et des populations mondiales.
- L'Institut canadien d'information sur la santé a pour responsabilité de mener à bien l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Cette initiative appuie également la recherche visant le développement de notre compréhension des déterminants de la santé qui influent sur la population canadienne et portant sur la formulation de politiques axées sur l'amélioration de la santé de la population et la réduction des iniquités au regard de la santé.
- Le Plan d'action national pour les enfants comporte diverses initiatives visant un développement sain chez les enfants, notamment le Programme canadien de nutrition prénatale, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, le Programme d'action communautaire pour les enfants, la Prestation nationale pour enfants ainsi que les prestations de congé de maternité et parental qui s'inscrivent dans le cadre de l'assurance-emploi.

Il est manifeste que le gouvernement fédéral devrait maintenir et renforcer le rôle qu'il assume depuis longtemps en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. D'ailleurs, il est reconnu dans le monde entier pour avoir forgé le concept de santé de la population. Il pourrait donc de nouveau être à l'avant-garde en mettant en œuvre une stratégie d'amélioration de la santé de la population. C'est une tâche réalisable, étant donné son rôle actuel dans bien des domaines qui touchent à la santé, comme l'environnement, la politique économique, la recherche en santé, la sécurité au travail, etc.

12.4.1 La promotion de la santé et la prévention de la maladie

Des témoins ont rappelé avec insistance qu'il est nécessaire de continuer à inciter les gens à faire des choix éclairés en ce qui concerne leur propre santé. Il importe d'insister sur la nécessité de s'alimenter sainement, de faire de l'exercice régulièrement et de ne pas fumer.

Après une certaine réticence dans quelques cas, les campagnes de prévention ont porté fruit. Celle concernant le port obligatoire de la ceinture de sécurité en est un bon exemple. Avant l'adoption de la loi, de 15 à 30 % seulement des Canadiens bouclaient leur ceinture alors que le pourcentage se situe actuellement à 92 %. Et le nombre des décès dus à des accidents de la route a dégringolé.

Toutefois, des témoins ont fait valoir que, jusqu'à présent, bien des stratégies qui ont tenté d'inculquer un « bon comportement » n'ont pas vraiment porté fruit, notant que la

création d'un environnement permettant aux gens de faire eux-mêmes les bons choix fait partie du défi à relever.

Les efforts en matière de prévention doivent être fonction des situations. Il n'y a pas de stratégie universelle. Par exemple, les tendances dans le domaine des maladies transmises sexuellement changent à mesure que les pratiques sexuelles elles-mêmes changent; elles exigeront donc toujours de nouvelles stratégies de prévention et de promotion. À cet égard, il est important de veiller à ce que les informations sur la santé qui sont diffusées soient toujours à jour. Des témoins ont cité la publication du Guide alimentaire canadien comme exemple d'une bonne initiative qui n'a toutefois pas été suivie d'une diffusion efficace ou d'une mise à jour et d'une actualisation.

L'une des difficultés que soulève l'élaboration de stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie tient au fait qu'il existe, dans le cas de beaucoup de maladies, de nombreux facteurs de risque. Les stratégies globales de prévention et de promotion doivent donc tenir compte des liens entre les facteurs de risque, ainsi que des liens entre l'état de santé et les facteurs socio-économiques, démographiques et environnementaux.

Les stratégies doivent également tenir compte du lien entre la santé des collectivités et la santé des citoyens. Ainsi, les gens peuvent être moins tentés de faire du vélo ou du jogging si les rues ne sont pas sûres. Les programmes communautaires qui ont du succès allient une compréhension de la collectivité, la participation du public et la coopération d'organismes communautaires. Les stratégies qui portent sur plusieurs facteurs de risque peuvent avoir de nombreux effets bénéfiques; il s'agit notamment du soutien pour les familles à risque, des programmes intégrés de promotion de la santé à l'école et des programmes intégrés de santé et de sécurité au travail.

De plus, puisque les maladies et les blessures ne sont pas uniformément réparties au sein des populations, les stratégies doivent également tenir compte des liens entre l'état de santé et les facteurs démographiques et environnementaux tels que l'âge, la race, la région de résidence et le sexe. Elles doivent donc être conçues en fonction des tendances qui ont cours en matière de maladies et de blessures chez certains groupes précis de la population, comme la jeunesse ou les peuples autochtones. Par exemple, les accidents de véhicules motorisés touchent principalement les jeunes hommes et les taux de suicide sont élevés chez les jeunes Autochtones. Les adultes de 65 ans ou plus sont surtout victimes de chutes, et les blessures sont la première cause de décès chez les enfants. Les stratégies doivent être adaptées aux situations des groupes touchés et cibler les groupes qui profiteront le plus de la prévention.

12.4.2 Les stratégies d'amélioration de la santé de la population

Le Comité est d'avis que plusieurs des questions clefs qui se posent relativement aux stratégies d'amélioration de la santé de la population viennent de ce qu'il est difficile de savoir comment traduire les résultats des recherches démontrant l'importance de telles stratégies en politiques et programmes pouvant être mis en œuvre. Il ne fait guère de doute que ces

stratégies pourraient donner lieu à une amélioration de l'état de santé de la population, mais il reste d'importants obstacles pratiques à franchir pour aller au-delà de l'expression de vœux pieux et concevoir des programmes concrets viables à long terme.

En premier lieu, en raison de la multiplicité des facteurs qui exercent une influence sur la santé de la population, il est extrêmement difficile d'établir des liens de causalité, d'autant plus que les effets ne se font souvent sentir que bien des années après l'exposition à la cause. Ce décalage signifie également qu'on ne peut juger qu'à long terme des conséquences des politiques mises en oeuvre dans ce domaine. Comme les horizons politiques sont souvent plus rapprochés, ceci peut décourager fortement l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies d'amélioration de la santé de la population.

De plus, comme nous l'avons fait remarquer précédemment, une infrastructure considérable destinée au traitement des maladies est déjà en place, de sorte que de nombreux intérêts sont bien ancrés dans le système. Ce n'est pas nécessairement que les spécialistes du traitement médical s'opposent aux stratégies d'amélioration de la santé de la population – c'est sans aucun doute l'inverse qui prédomine. C'est simplement qu'il faut consacrer des ressources massives au simple maintien de l'infrastructure de soins de santé, si bien qu'il est difficile de trouver le temps, l'énergie et les fonds nécessaires au volet préventif de l'amélioration de la santé.

En outre, en raison de la diversité des facteurs qui influent sur l'état de santé, il est très difficile de coordonner l'action gouvernementale dans ce domaine. Étant donné que le système de soins de santé lui-même ne s'occupe que d'une partie relativement faible des véritables déterminants de la santé, la responsabilité de la santé de la population ne peut relever exclusivement des divers ministères de la santé. Et pourtant la structure de la plupart des appareils gouvernementaux se prête plutôt mal à la prise en charge interministérielle de problèmes complexes et cette difficulté est décuplée lorsqu'on intègre à l'ensemble, comme on doit le faire pour que les stratégies d'amélioration de la santé de la population soient véritablement opérantes, les divers ordres de gouvernement ainsi que de nombreux autres intervenants.

Par exemple, les données concernant l'existence d'une variation de l'état de santé en fonction des niveaux socio-économiques sont très concluantes. Il en découle que les efforts visant à améliorer la santé de la population doivent porter beaucoup d'attention à la réduction de la pauvreté. Il existe cependant au pays un grand nombre de politiques gouvernementales qui ont un impact sur les niveaux de pauvreté au Canada et on ne peut demander à un ministère de la santé d'assumer la gestion de tous les moyens d'action en cause, ne serait-ce que parce que ce serait perçu avec raison par les autres ministères comme une sorte « d'impérialisme de la santé ». Il serait également quelque peu paradoxal, comme l'a fait remarquer un témoin, de plaider en faveur d'une lutte contre la pauvreté uniquement en raison de l'incidence qu'a la pauvreté sur la santé. Toute initiative de ce genre devrait s'inspirer de l'orientation générale de la politique sociale du gouvernement, ce qui est un champ beaucoup plus vaste que la seule politique de la santé.

Les données dont on dispose montrent bien qu'en général les stratégies d'amélioration de la santé de la population doivent être élaborées très soigneusement de manière à ce qu'elles tiennent compte des réalités auxquelles sont confrontés des groupes particuliers. On doit en déduire que les programmes aux critères rigides qui sont appliqués de manière uniforme et fortement centralisée ont peu de chances de succès. Il semble donc nécessaire d'allier de quelque façon coordination et mise en oeuvre décentralisée.

Bien que la mise au point d'une stratégie efficace d'amélioration de la santé de la population soulève de nombreuses difficultés, le Comité croit qu'il est important que le gouvernement fédéral poursuive ses efforts visant à établir un modèle en cette matière en explorant des façons novatrices de transformer une bonne théorie en une pratique assise solidement qui contribuera à améliorer les résultats obtenus dans le domaine de la santé au Canada. Le Comité souhaite mettre de l'avant deux grandes options et obtenir des réactions des lecteurs sur ces options.

La première de ces options est élaborée de manière plus détaillée dans le chapitre suivant puisqu'elle porte sur la responsabilité fédérale en matière de prestation de services de santé aux Canadiens d'origine autochtone. Disons toutefois que l'idée principale est la suivante : dans un domaine qui relève nettement de la compétence fédérale, le gouvernement devrait pouvoir adopter une stratégie explicite d'amélioration de la santé de la population qui tienne compte des nombreux facteurs qui tendent à perpétuer l'état de santé général déplorable qui est encore la norme dans beaucoup de collectivités autochtones. Il faudrait qu'il y ait une étroite coordination des activités des divers ministères qui ont une responsabilité quelconque dans ce domaine (ceux de la Santé, des Affaires indiennes et du Nord, des Finances, etc.). Il faudrait également trouver des façons de travailler efficacement en collaboration avec les collectivités autochtones elles-mêmes ainsi qu'avec les autres paliers de gouvernement qui offrent également des services à ces collectivités. Une telle approche fournirait aussi l'occasion de mettre au point des mécanismes efficaces de reddition de comptes en ce qui concerne les résultats mesurables sur la santé. C'est là un aspect important, quoique souvent négligé, des programmes axés sur l'amélioration de la santé de la population

La deuxième option exigerait une intervention fédérale de plus grande envergure encore. En raison de la très grande ampleur du champ d'action visé par les stratégies d'amélioration de la santé de la population, il serait essentiel de trouver une façon de faire tomber les cloisons qui compartimentent les ministères en ce qui concerne la responsabilité des résultats des politiques. L'une des façons d'y arriver, qui a déjà été proposée au chapitre 10 du présent rapport, consisterait à confier à un « commissaire à la santé » la responsabilité d'analyser les effets sur la santé de toutes les politiques gouvernementales et de présenter des rapports à ce sujet.

Quel que soit le modèle exact du bureau chargé de cette tâche, l'important est de concevoir un mécanisme grâce auquel il sera possible d'examiner attentivement toutes les politiques gouvernementales sous l'angle de la santé de la population. Ceci permettrait de faire une analyse continue des résultats de ces politiques sur le plan de la santé et créerait une certaine

obligation générale de rendre des comptes au public. Un rapport annuel d'un tel bureau qui centrerait son attention sur les principaux déterminants de la santé pourrait apporter un complément au travail déjà effectué par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), mais également inclure des prescriptions sur la façon de veiller à ce que toutes les politiques gouvernementales aient l'effet le plus favorable possible sur la santé des Canadiens et Canadiennes.

12.4.3 Les recherches

De nombreux témoins ont dit au Comité qu'il faut effectuer davantage de recherches, particulièrement dans certains domaines. Il arrive fréquemment que l'on débourse des fonds sans mener les recherches épidémiologiques permettant d'établir comment investir ces fonds. En ce qui concerne la recherche sur les maladies chroniques, des témoins ont fait valoir auprès du Comité que l'on sait mal comment utiliser les données pour mettre en œuvre des stratégies de prévention. À cet égard, des recherches sont nécessaires pour établir comment transmettre au mieux l'information sur la santé aux fournisseurs de soins de santé et à la population dans son ensemble, et en particulier aux milieux socio-économiques défavorisés ou aux personnes ayant de faibles capacités de lecture.

CHAPITRE TREIZE :

QUESTIONS ET OPTIONS RELATIVEMENT AU RÔLE À JOUER DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Le gouvernement joue un rôle important dans la mesure où il assure directement la prestation de toute une gamme de services de santé à certains segments de la population. Il est ainsi responsable de la prestation de services de santé, dont les soins primaires, aux Premières nations et aux communautés inuites, ainsi que d'autres services connexes à la GRC, au Service correctionnel, aux Forces armées et aux anciens combattants. En fait, le gouvernement fédéral fournit des services de santé à un plus grand nombre de Canadiens que plusieurs provinces. Dans le présent chapitre, le Comité soulève des questions précises relativement à la prestation des services de santé aux Canadiens autochtones et fait état d'options qui permettraient à la politique publique de trouver réponse à ces questions.

La *Loi constitutionnelle de 1982* reconnaît trois groupes d'Autochtones : les Indiens, les Inuits et les Métis. La population indienne regroupe les Indiens inscrits et non inscrits. La *Loi sur les Indiens* définit le statut juridique des Indiens inscrits (soit les Premières nations) du Canada, à savoir, les Indiens qui sont inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Les Indiens non inscrits sont ceux qui ne sont pas inscrits en vertu de cette loi. La population inuite du Canada vit essentiellement dans les localités des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut, du Nunavik et du Labrador. Environ 6 % des Inuits vivent dans le Canada méridional. Les Inuits ne sont pas expressément visés par la *Loi sur les Indiens* mais ont néanmoins droit à certaines services de la part du gouvernement fédéral. Les Métis sont ces Canadiens qui sont de descendance indienne et européenne. Les Métis ne sont pas visés par la *Loi sur les Indiens* et ne reçoivent pas de services de la part du gouvernement fédéral.

On estimait en 2000 que la population autochtone se chiffrait à 1 399 300 personnes, soit environ 3 % de la population canadienne, et se composait de 28,5 % d'Indiens inscrits vivant dans des réserves, de 30,6 % d'Indiens non inscrits, de 20,8 % d'Indiens inscrits vivant hors réserve, de 15,6 % de Métis et de 4,5 % d'Inuits.

À l'heure actuelle, 12 ministères fédéraux offrent divers programmes et services aux Autochtones. Ces programmes et services sont nombreux et comprennent des services de santé et sociaux; l'enseignement élémentaire, secondaire et postsecondaire; des services d'adduction et d'égout; le logement; la restauration environnementale, le développement d'entreprises, etc. On estime que ces programmes devraient coûter au total 7,3 milliards de dollars en 2001-2002.

En dépit des crédits considérables que le gouvernement fédéral alloue à la santé et au bien-être des peuples autochtones, des écarts très considérables au niveau de la santé et de la condition socioéconomique persistent entre les Autochtones et le reste de la population

canadienne. En fait, l'état de santé des Canadiens autochtones et les conditions socioéconomiques dans lesquelles ils vivent demeurent déplorables. En outre, lors des audiences du Comité, les Indiens inscrits hors réserve, les Indiens non inscrits et les Métis ont fait valoir que bien souvent leurs besoins particuliers en matière de santé et de soins de santé ne retiennent pas l'attention des pouvoirs publics.

13.1 Le profil socio-économique et la santé de la population autochtone canadienne

Il existe des disparités considérables entre les populations autochtones et la population canadienne en général pour ce qui est de l'état de santé et des conditions socio-économiques. Au cours de la phase deux de son étude, le Comité a pris connaissance de données très dérangeantes.

Par rapport à la population canadienne dans son ensemble, les populations autochtones souffrent beaucoup plus de maladies chroniques. Il semblerait par exemple, au vu de données récentes, que les problèmes cardiaques, l'hypertension et le diabète y soient trois fois plus fréquents. La tuberculose et le VIH/sida y sont beaucoup plus prévalents. Le taux de décès causés par des accidents et des empoisonnements est supérieur de 6,5 fois chez les Premières nations et les Inuits. Le taux de suicide des jeunes autochtones est de cinq à six fois plus élevé à ce qu'il est chez les jeunes Canadiens en général. L'abus d'alcool, de drogues et de solvants est critique. Le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcoolisme fœtal sont beaucoup plus présents dans certaines collectivités autochtones que dans d'autres segments de la population canadienne. Quelque 75 % des femmes autochtones sont victimes de violence familiale et jusqu'à 40 % des enfants de certaines collectivités du Nord ont fait l'objet de sévices physiques de la part d'un membre de leur famille.

Les Autochtones sont moins susceptibles de faire partie de la population active et connaissent des taux de chômage supérieurs. Le revenu annuel moyen, toutes sources confondues, des Autochtones du Canada est bien inférieur à celui du reste de la population. Environ 44 % de la population autochtone et 60 % des enfants autochtones de moins de six ans vivent sous le seuil de faible revenu défini par Statistique Canada. À peu près 54 % de la population autochtone n'ont pas de diplôme de fin d'études secondaires, contre 16 % pour le reste de la population au pays.

Il est beaucoup plus fréquent pour les Autochtones de vivre dans un logement trop exigu que pour les autres Canadiens. Les logements autochtones présentent beaucoup de moisissures, mais l'incidence de ce phénomène sur la santé n'est pas encore connue. De nombreuses collectivités autochtones ont encore de la difficulté à bénéficier d'eau potable sûre et propre et d'égouts.

Le Comité est d'avis que l'état de santé des autochtones est une honte nationale. Si les Autochtones jouissaient du même niveau de santé que le reste de la population, le Canada

afficherait sans doute la meilleure note au monde pour l'état de santé de sa population. Nous devons faire mieux, à n'en pas douter. Le gouvernement fédéral doit assumer un rôle de chef de file et redresser immédiatement cette situation.

13.2 La prestation des services de santé aux canadiens autochtones

Les soins de santé aux Canadiens autochtones sont assurés dans le cadre d'une réseau complexe de programmes et de services qui sont gérés par les administrations fédérale, provinciales et autochtones. La question de savoir qui assure quels services à qui est fonction d'un certain nombre de facteurs, par exemple, le statut de chacun en vertu de la *Loi sur les Indiens*, le lieu de résidence (si l'on vit dans une réserve ou hors réserve), l'emplacement de la localité (si elle est isolée ou non), et le fait que Santé Canada a conclu ou non un accord prévoyant le transfert de la prestation de services de santé à une communauté ou organisation autochtone.

Au cours de la phase deux, on a rappelé au Comité que le gouvernement fédéral assume des responsabilités particulières et spéciales vis-à-vis des Indiens inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens*. La prestation de services hospitaliers et médicaux, cependant, demeure une responsabilité provinciale ou territoriale. Les Indiens inscrits qui vivent dans les réserves ont droit aux services généraux de santé qu'assurent les provinces et les territoires en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, par exemple, services hospitaliers, services médicaux et autres services assurés que prévoient les régimes de santé provinciaux et territoriaux. Santé Canada, cependant, assure les soins primaires directs et d'urgence dans les réserves et ce, dans les régions éloignées et isolées où les services provinciaux ne sont pas accessibles. Plus précisément, le ministère gère quatre hôpitaux, 77 postes infirmiers et 217 centres de santé.

Santé Canada veille également à la promotion de la santé communautaire et à la prévention, ou alors finance ces services pour les Indiens inscrits vivant dans les réserves. Quel que soit leur lieu de résidence (dans une réserve ou hors réserve), les Indiens inscrits reçoivent les services de santé non assurés (SSNA) que finance le gouvernement fédéral. Ces services comprennent la prestation de médicaments, de fournitures et d'équipement médicaux, les soins dentaires, les soins ophtalmologiques, le transport médical, les cotisations à l'assurance-santé provinciale et le counseling psychologique en cas de crise.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de la prestation de services de santé aux Inuits, si bien que la fourniture de services de santé à la population inuite du Canada varie selon le lieu de résidence. En 1988, le gouvernement fédéral a cédé l'administration de la santé au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Avec la création du Nunavut, le nouveau gouvernement territorial a assumé cette responsabilité pour la région. Le gouvernement fédéral verse aux gouvernements territoriaux des fonds qui leur permettent de mettre en œuvre des programmes de soins de santé s'adressant aux Indiens inscrits et aux Inuits, et continue de financer les services de santé non assurés visant ces mêmes groupes.

En conséquence de la Convention de la baie James et du Nord québécois, le gouvernement fédéral a cédé la responsabilité des services de santé aux Inuits dans le Nord québécois au gouvernement du Québec, puis au Nunavik. La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik administre les programmes de santé fédéraux et provinciaux dans cette région.

Au Labrador, la province assure les services de santé à tous les résidents, et le gouvernement fédéral subventionne la Commission des services de santé des Inuits du Labrador dans le cadre d'accords de transfert et de contribution visant des projets particuliers et toute une gamme de programmes fédéraux, lesquels comprennent entre autres les services de santé non assurés.

Les Métis et les Indiens non inscrits n'ont pas droit aux programmes de santé fédéraux. Ils ont droit cependant aux services médicaux qu'assurent les gouvernements provinciaux et territoriaux au même titre que tous les autres Canadiens.

13.2.1 Un plan d'action national pour les services de santé aux Autochtones

En gros, il y a deux obstacles juridictionnels à la prestation de services de santé aux Autochtones. Le premier tient à la séparation des pouvoirs entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Les gouvernements provinciaux assurent un accès équitable aux soins de santé en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* à tous les habitants, ce qui comprend les Indiens inscrits vivant dans les réserves et les Inuits, mais ils partent du principe que le gouvernement fédéral est responsable de certains services de santé aux Autochtones qui ont le statut d'Indiens inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* (médicaments sur ordonnance ou soins à domicile). Voilà pourquoi des témoins ont déclaré au Comité que les services de santé qui ne sont pas mentionnés par la *Loi canadienne sur la santé* mais qui sont assurés autrement par les provinces ne sont pas toujours offerts aux Indiens inscrits et aux communautés inuites.

Le fait que deux autorités participent à la prestation des services de santé a d'autres conséquences, dont la fragmentation des programmes, des difficultés de coordination des programmes et de reddition de comptes, des incohérences, des lacunes ou des risques de chevauchement dans les programmesqui entravent la rationalisation des services et font obstacle à la réalisation d'une approche globale en matière de santé et de bien-être intégral.

Le deuxième obstacle juridictionnel résulte des distinctions entre Autochtones qui découlent de la *Loi sur les Indiens*. Étant donné que les Métis et les Indiens non inscrits sont exclus de la Loi, ils ne sont pas admissibles à la plupart des programmes fédéraux. De l'avis des témoins, l'absence de cette reconnaissance juridique plonge les Métis et les populations non inscrites dans un vide juridictionnel.

Le Comité est d'accord avec les témoins pour affirmer que ces obstacles doivent être surmontés rapidement et que tous les ordres de gouvernement – fédéral, provincial, territorial, municipal, bande et établissement – doivent mettre au point un plan exhaustif qui répondrait aux besoins de tous les Autochtones du Canada en matière de santé. Le ministre fédéral de la Santé devrait prendre l'initiative de la coordination de ce plan d'action.

En conséquence, l'option que l'on propose au gouvernement fédéral consiste à entreprendre, de concert avec les provinces, les territoires et les représentants de tous les groupes autochtones, l'articulation d'un plan d'action national pour la santé autochtone afin d'améliorer la coordination interjuridictionnelle au niveau de la prestation des services de santé. La contribution particulière du ministre fédéral de la Santé serait de faciliter une telle coordination.

13.3 Assurer l'accès à des services de santé adaptés aux réalités culturelles

L'accessibilité aux soins de santé est l'un des quatre principes de la *Loi canadienne sur la santé* privilégiant les patients. Cependant, l'accès à des services de santé satisfaisants demeure difficile dans les communautés autochtones éloignées et isolées. La plupart des soins de santé sont assurés par des cliniques de santé communautaire ou des postes infirmiers n'offrant que les services essentiels. Les patients qui ont de graves problèmes de santé sont soignés dans les grands centres urbains. L'absence d'infrastructures appropriées et la pénurie de fournisseurs de soins de santé essentiels aggravent ce problème.

13.3.1 Des fournisseurs de soins de santé autochtones

Des témoins ont proposé que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux remédient à la pénurie de fournisseurs de soins de santé dans les communautés autochtones en mettant au point une stratégie à long terme qui aurait pour objet d'en augmenter le nombre. Dans le cadre de cette stratégie, le gouvernement fédéral pourrait fournir les ressources nécessaires à la formation des Canadiens autochtones dans une vaste de gamme de secteurs liés à la santé. En 1996, la Commission royale sur les peuples autochtones avait fait une recommandation semblable. Plus précisément, la Commission avait invité les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les milieux universitaires et les associations de santé professionnelles, à mettre en œuvre un programme visant à former 10 000 travailleurs en santé autochtones. Une telle stratégie à long terme permettrait aussi de régler les problèmes relatifs à la formation, au recrutement et à la rétention des professionnels de la santé dans les grandes catégories émergentes, comme les fournisseurs de soins de santé à domicile, les puériculteurs, les professionnels de la prévention du diabète, de la télésanté et les techniciens en développement de systèmes, etc.

13.3.2 La télésanté

La télémédecine peut aussi grandement faciliter l'accès aux services de santé dans les localités autochtones. Pour les localités autochtones éloignées et isolées, la télémédecine offre les avantages suivants : elle permet de remédier à la pénurie de fournisseurs de soins de santé et à l'absence de formation médicale; elle consolide l'infrastructure de santé; elle facilite le respect du principe de l'accessibilité qui est énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé*, et elle assure un développement plus équitable des systèmes d'information sur la santé dans toutes les régions du pays.

13.3.3 Des services de santé adaptés aux réalités culturelles

Chose peut-être encore plus importante, la nécessité d'assurer aux Autochtones des services de santé « adaptés aux réalités culturelles », comme l'ont souligné les témoins. Autrement dit, leur expérience culturelle et leurs traditions doivent être prises en compte lorsque l'on conçoit et met en œuvre ces services de santé. Pour certains témoins, les services de santé adaptés aux réalités culturelles sont ceux auxquels on peut avoir accès par l'entremise d'un interprète ou qui sont assurés par des travailleurs autochtones. Pour d'autres, des services de santé adaptés aux réalités culturelles sont fondés sur le mariage de la médecine occidentale et des approches traditionnelles des guérisseurs. Les témoins ont également rappelé avec force au Comité que les peuples autochtones ne constituent pas un groupe homogène. Ils tenaient à ce que ces distinctions soient reconnues dans la prestation des programmes et services de santé.

Le Comité accueillera avec plaisir toute nouvelle opinion sur la manière dont l'on pourra assurer à tous les Canadiens autochtones des services de santé suffisants et adaptés à leur réalité culturelle.

13.4 La santé de la population

Les Autochtones de tous les groupes ne définissent pas simplement la santé comme étant l'absence de maladie. Ils parlent de bien-être intégral et préconisent une vision plus globale de la santé qui regroupe tous les aspects spirituels, physiques, mentaux et émotifs de la personne. Ils estiment que les diverses composantes de l'état général de santé peuvent être influencées par l'environnement social, culturel, physique, économique et politique. La notion de bien-être intégral pour les Autochtones se fonde sur le fait que les solutions en matière de santé n'auront d'effets que si l'on prend en compte tous les facteurs qui pèsent sur un problème. Les témoins ont fait valoir que la politique fédérale en matière de santé des Autochtones doit être davantage axée sur la prévention des maladies, la promotion de la santé et une approche holistique en matière de la santé de la population.

13.4.1 Une stratégie d'amélioration de la santé de la population pour les Canadiens autochtones

Au cours des audiences de la phasephase deux, le Comité a pris connaissance des diverses stratégies fédérales en matière de santé que coordonne Santé Canada et des multiples programmes que gèrent Affaires indiennes et du Nord Canada et les autres ministères fédéraux. Il y a encore énormément à faire pour réduire au Canada les disparités au chapitre de l'état de santé et des conditions socioéconomiques entre les Autochtones et le reste de la population. Étant donné le vaste réseau de programmes qu'il gère en ce moment et étant donné ses responsabilités constitutionnelles particulières, le gouvernement fédéral est le mieux placé pour mettre au point des stratégies d'amélioration de la santé de la population qui s'adresseraient expressément aux Canadiens autochtones.

Le gouvernement fédéral est un chef de file mondial dans l'articulation de la notion de santé de la population. Cette option suppose qu'il prenne, encore une fois, l'initiative en mettant en œuvre une stratégie d'amélioration de la santé de la population qui s'adresserait expressément aux Canadiens autochtones. Cette stratégie lui permettrait de remédier aux conditions économiques et environnementales, par exemple la question de l'eau potable, la prestation de soins de santé de haute qualité et adaptés aux réalités culturelles, le choix d'un mode de vie sain, etc. En investissant dans de telles activités, il améliorera l'état de santé des Autochtones et atténuera les souffrances et les coûts qui résultent d'une mauvaise santé. Cette option nécessiterait une collaboration interministérielle généralisée et permanente. Encore là, le ministre fédéral de la Santé pourrait jouer un rôle de leader et de coordinateur.

13.4.2 La reddition de comptes fédérale pour les programmes de santé autochtone

Comme il en est fait état au chapitre 10, le gouvernement fédéral pourrait donner l'exemple en établissant un mécanisme permanent de reddition de comptes qui permettrait au public canadien de mesurer les effets de ses politiques en matière de santé et de soins de santé. La reddition de comptes pour les programmes fédéraux en matière de santé autochtone est d'une importance primordiale, et pourrait constituer la première étape d'une reddition de comptes globale en matière de santé. Le Comité est ouvert à toute option relative à la création d'un mécanisme efficace de reddition de comptes en matière de santé autochtone.

13.5 La recherche relative à la santé des Autochtones

Au cours des audiences sur la santé des Autochtones, les témoins ont fait valoir l'importance d'entreprendre des recherches sur la santé des Autochtones afin d'améliorer la prestation des services de santé et les résultats en matière de santé. Ils se sont dits heureux de la création du nouvel Institut de la santé des Autochtones dans le cadre des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et ils ont fait valoir la nécessité d'assurer un financement suffisant à cet institut.

Les témoins ont rappelé combien il est important de reconnaître la diversité des divers groupes qui composent la population autochtone. À leur avis, cette diversité doit se refléter dans les activités de recherche en santé. Ils ont également recommandé que l'on augmente les crédits alloués à la recherche en santé afin d'explorer tout l'éventail de modèles permettant de collaborer à la conception et à la mise en œuvre des programmes relatifs à la santé des Autochtones.

13.6 La participation des communautés autochtones

Les témoins ont affirmé qu'il est essentiel que les communautés autochtones participent directement au renouvellement des politiques et programmes fédéraux qui touchent à leur santé, étant donné leur diversité et leurs besoins uniques en matière de santé et de soins de santé. À leur avis, ce n'est qu'avec la participation active des membres de la communauté visée que l'on peut mettre en place des programmes qui amélioreront effectivement la santé des Autochtones. Le Comité voudrait entendre des suggestions sur la meilleure manière de faire participer les Canadiens autochtones à la conception, au développement, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes et politiques fédéraux relatifs à la santé des Autochtones.

CHAPITRE QUATORZE:

CONCLUSION

Les Canadiens estiment que le système de soins de santé financé par les fonds publics constitue l'une des principales caractéristiques de leur pays. De fait, ce système est devenu un véritable symbole. Il est perçu comme le reflet des valeurs canadiennes, qui sont considérées comme nettement distinctes de celles de nos voisins du Sud.

L'assurance-santé est fondée sur la conviction que la société canadienne devrait, collectivement, partager les risques et les conséquences de la maladie et des blessures dont des Canadiens sont victimes. Avant l'avènement de l'assurance-santé, ces risques et ces conséquences étaient dans une large mesure assumés par les malades et les blessés eux-mêmes, par leurs familles ou par divers organismes de charité. L'importance accordée au Canada à la responsabilité collective en ce qui concerne la prestation de soins de santé est demeurée pratiquement inchangée, malgré le progrès des valeurs individualistes qui, ces dernières années, s'est traduit par des changements plus profonds au sein de la société.

Les soins de santé sont également perçus au Canada comme un bien public, en quelque sorte, même si plus de 30 % du total de ces coûts sont payés par des fonds privés. Il s'agit d'un bien public aussi en ce sens que les Canadiens se tournent vers les gouvernements, tant fédéral que provinciaux, pour garantir les services auxquels ils ont le sentiment d'avoir droit.

Compte tenu de l'importance des soins de santé dans la psyché collective des Canadiens et dans la vie politique du pays en général, on pourrait s'attendre à ce que les questions qui s'y rattachent fassent l'objet d'une discussion constante et réfléchie. Malheureusement, c'est plutôt le contraire qui se produit. Le débat sur les soins de santé au Canada présente les caractéristiques suivantes :

- Reprise de mythes (comme le montrent le premier et le deuxième rapports du Comité). Les plus courants de ces mythes sont les notions que la *Loi canadienne sur la santé* interdit la prestation de services de soins de santé par le secteur privé et que tous les services *de santé* nécessaires sur le plan médical sont financés par les fonds publics au Canada;

- Des affirmations idéologiques, tant par la droite que par la gauche. La droite soutient que *tous* nos problèmes en matière de soins de santé seraient réglés si nous adoptions un régime de concurrence, si nous acceptions que le secteur privé participe au système et si nous demandions aux patients de payer en partie les services qu'ils reçoivent. La gauche considère que l'adoption de *tout* élément de concurrence, l'ouverture du régime au secteur privé ou le paiement par les patients d'une partie des services qu'ils reçoivent sonneraient le glas de notre système actuel;

- Les politiciens de tous les partis et de tous les ordres de gouvernement se renvoient la responsabilité des maux actuels du système. Le gouvernement fédéral rejette le blâme sur les provinces, les provinces font des reproches au gouvernement fédéral; les partis d'opposition fédéraux et provinciaux s'en prennent à leurs gouvernements respectifs;
- Une réticence de la part des diverses organisations représentant les professionnels de la santé, à accepter un changement systémique. Les intervenants ont plutôt tendance à réclamer de nouveaux investissements (sans doute suivant l'hypothèse que l'argent est la seule solution aux problèmes du système).

Devant cette situation, le Comité a décidé dès le départ qu'il ferait œuvre utile s'il pouvait produire un rapport résumant les grands enjeux du système de soins de santé canadien et présentant un ensemble d'options pour s'y attaquer. En outre, il envisageait un rapport aussi factuel et non idéologique que possible, et il croyait résolument qu'il fallait absolument laisser toutes les options ouvertes. C'est ce que le Comité espère avoir réussi dans le présent rapport.

Nous reconnaissons que notre ensemble de questions n'est pas exhaustif, et que nombre de nos lecteurs voudront en ajouter. De même, certains auront le sentiment que nous avons oublié des options et voudront compléter notre liste.

C'est avec plaisir que nous accueillerons ces suggestions. Nous croyons qu'elles nous rapprocheront de nos objectifs puisque nous voulons servir d'agent catalyseur dans un débat public éclairé sur le dossier des soins de santé.

Par-dessus tout, nous espérons que les Canadiens – ceux qui profitent le plus du régime d'assurance-santé du Canada et ceux qui seront le plus touchés par tout changement qui y sera apporté – prendront le temps de nous écrire pour nous faire part de leurs points de vue sur les options qui leur semblent le plus appropriées. Nous sommes impatients de prendre connaissance des conseils que nous donneront les Canadiens avant de préparer nos recommandations et notre rapport final.

Veuillez vous adresser à :

Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie
Le Sénat
Ottawa (Ontario)
K1A 0A4
sante@sen.parl.gc.ca
télécopieur : 613-947-2104